FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907 — N° 12

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 23 janvier 1907, à 1 heure

Par **Marcel TRONCHON**

Ancien interne des hôpitaux de Besançon

DE LA

DENTITION HÉRÉDO-SYPHILITIQUE

CHEZ L'ENFANT

Président : M. ROGER, *professeur.*

Juges : MM. PINARD, *professeur.*
WALLICH et MARCEL LABBÉ, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. REGLUS.
Clinique opthalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRE	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	THIROLOIX
BRINDEAU	GOUGET	MARION	VAQUEZ
BROCA (ANDRÉ)	GUIART	MAUCLAIRE	WALLICH
CARNOT	JEANSELME	MERY	
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Le Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA FIANCÉE

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR COMBY

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE BESANÇON ET DE LA FACULTÉ DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE ET COMPARÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

INTRODUCTION

Pendant le stage que nous avons eu l'honneur d'accomplir en 1905 dans son service de l'hôpital des Enfants-Malades, notre maître, M. le Dr Comby, a bien voulu nous donner l'idée de reprendre ici la question de la dentition hérédosyphilitique chez l'enfant. Les recherches bibliographiques consignées à la fin de notre thèse montreront qu'il a été beaucoup écrit sur ce sujet : notre modeste travail n'a d'autre prétention que de prouver par des faits cliniques nouveaux l'action dystrophique qu'exerce la syphilis héréditaire sur la morphologie de la dentition infantile ; d'insister spécialement sur la première dentition jusqu'à présent encore peu étudiée, et de montrer par ces mêmes faits cliniques quel parti le médecin peut tirer de ces lésions dentaires particulières pour établir le diagnostic d'hérédospécificité.

Cette thèse est basée sur un certain nombre d'observations personnelles, recueillies pendant plus d'une année tant à la consultation hospitalière du mardi de

M. le Dr Comby qu'au domicile même des petits malades.

Deux d'entre elles ne proviennent pas de l'hôpital des Enfants Malades ; nous les devons : l'une, à M. le professeur Hutinel, qui devait être notre président de thèse, et qui a bien voulu nous permettre d'examiner une hérédo syphilitique-type de son service de l'hôpital des Enfants Assistés ; l'autre à notre ami M. le Dr Baldenweck, qui nous a signalé la dentition d'une malade de la consultation de l'hôpital Trousseau. Nous ne saurions assez leur en être reconnaissant.

Nous aurions pu facilement augmenter le nombre de ces observations par des emprunts faits soit aux ouvrages soit aux thèses cités dans notre bibliographie. Nous avons préféré les indiquer simplement dans ce chapitre (notamment la thèse clinique du Dr Desmartin, et les diverses communications relatées dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*) et nous en tenir aux observations strictement personnelles que nous avons pu prendre : une planche de deux photographies a pu leur être annexée grâce à la grande obligeance de M. Le Pontois, externe du service de M. le Dr Comby.

Après un historique court, quoique le plus complet possible, dans lequel, en citant l'opinion de chaque auteur, nous effleurerons simplement la question « Pathogénie » longuement traitée avant nous, nous ferons une étude clinique et séméiologique des lésions dentaires hérédo syphilitiques de la première et de la deuxième dentition chez l'enfant, puis une étude de dia-

gnostic : ces deux études seront complétées par les observations, partie fondamentale de notre thèse, qui constitueront un chapitre spécial auquel nous renverrons souvent, puis seront résumées par des conclusions.

Tel est notre plan.

Mais, avant d'aborder notre sujet, nous croyons devoir faire un retour sur nos années d'études qui vont bientôt se terminer, et exprimer notre sincère reconnaissance à tous ceux qui nous ont protégé et encouragé.

Notre pensée va en premier lieu à nos parents tant regrettés qui trop tôt nous ont quitté et qui seraient si heureux, notre mère surtout, dont le rêve de nous voir un jour médecin serait sur le point de se réaliser. Qu'il nous soit permis de saluer pieusement leur mémoire, avec une émotion profonde et un douloureux serrement de cœur.

Que nos premiers maîtres de l'École de médecine de Besançon veuillent bien agréer l'hommage de vive gratitude que nous avons grand plaisir à leur adresser ici :

M. le Dr Mandereau, à qui nous devons d'avoir fait de sérieuses études d'anatomie, facilitées par ses leçons si savantes et si claires et par les conseils qu'il nous a prodigués à l'amphithéâtre de dissection ;

MM. les Drs Roland et Prieur qui, par leur érudition autant littéraire que scientifique, nous ont appris qu'un médecin consciencieux ne devait pas avoir pour idéal une instruction purement professionnelle ;

MM. les Drs Bolot, Magnin et Morin, qui furent encore pour nous des professeurs dévoués.

Nous garderons toujours le souvenir ému des années que nous avons passées dans les hôpitaux de Besançon, et surtout de cette année d'internat qui nous a rendu tant de services en nous familiarisant avec l'examen des malades et la pratique médico-chirurgicale. Nous ne savons comment montrer toute l'étendue de notre reconnaissance aux maîtres intègres, affectueux et bons, qui ont guidé nos pas dans ces études cliniques : MM. les Drs Chapoy, Baigue, Heitz, Hyenne, Gauderon, Baudin et Vaissier. Nous tenons aussi à dire l'admiration profonde que nous a inspiré la noble vie, toute de dévouement, des Religieuses de l'hôpital Saint-Jacques.

A la Maternité de l'hôpital de la Charité, à Paris, nous avons été pendant trois mois, comme stagiaire, sous la direction de M. le professeur agrégé Maygrier, accoucheur des hôpitaux : son enseignement clinique, sa consultation hebdomadaire de nourrissons, et les gardes effectuées par nous chaque semaine, nous ont permis de nous munir des connaissances obstétricales indispensables à tout bon médecin. Nous le prions d'agréer l'assurance de notre entière gratitude.

Nous avons eu le bonheur de rencontrer dans son service, comme interne, M. le Dr Baldenweck, qui, dès le premier jour, nous accueillit avec bonté et nous aida de ses conseils. Il voulut bien continuer à nous témoigner un intérêt constant les années suivantes, lors de son internat à l'hôpital Trousseau puis à Lariboisière,

et nous permettre de lui vouer une amitié profonde qui ne se démentira jamais.

Notre stage de spécialités s'est effectué dans le service de M. le Dr Comby, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. Nous avons admiré la science, la sûreté de diagnostic de ce clinicien éminent dont les consultations du mardi attirent tant d'étudiants ; ses leçons de chaque matin, au lit de l'enfant, essentiellement pratiques par un examen clinique approfondi et consciencieux et par les indications thérapeutiques simples et précises qui les terminent, nous ont donné une instruction précieuse sur les maladies infantiles. Nous avons voulu continuer à suivre pendant la fin de nos études le service de ce maître qui, d'autre part, nous avait conquis par sa simplicité, sa bonté, sa douceur avec les petits malades. Nous sommes heureux, au début de cette thèse dont il a bien voulu nous indiquer le sujet, de pouvoir lui dire l'affection respectueuse et sincère que chaque jour nous avons senti grandir en nous pour lui.

M. Brissy, interne actuel du service, et M. Le Pontois, externe des hôpitaux, ont eu pour nous une grande complaisance pendant nos dernières recherches pour ce travail : nous les en remercions bien cordialement.

Nous tenons aussi à témoigner notre reconnaissance à M. le Dr. André Petit, médecin des hôpitaux, et à son interne, M. Milhit, pour l'accueil bienveillant qu'il nous ont réservé dans leur service de l'Hôtel-Dieu.

Nous remercions enfin nos maîtres de la Faculté de médecine dont nous avons entendu les cours, ceux des hôpitaux de Paris dont nous avons pu suivre les leçons cliniques ou les consultations, et qui nous ont instruit de nos devoirs de médecin.

M. le professeur Roger a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse : nous sommes heureux de lui en exprimer toute notre gratitude.

HISTORIQUE

Nous avons parcouru les travaux concernant la pathologie dentaire spéciale qui nous occupe, et nous avons remarqué que seuls, les auteurs du XIX^e^ siècle ont étudié avec soin l'étiologie des altérations et des troubles de la dentition que les observateurs précédents s'étaient contentés de décrire et de relier à une cause peu précise. Ce furent Sanchez, en 1785, et Fournier, en 1815, qui, les premiers, ont entrevu l'influence d'une maladie héréditaire sur ces lésions : Sanchez a même dénoncé nettement « les manifestations du virus vénérien » ; mais son ouvrage ne fut pas remarqué. Cinquante ans plus tard, Hutchinson a magistralement prouvé le rôle important joué par l'hérédosyphilis dans la pathogénie des malformations des dents.

Bien avant eux, Ambroise Paré, en 1575, cite l' « érosion dentaire » qui, pour lui, est synonyme de « pourriture » : Le tableau qu'il en fait ressemble beaucoup à la carie dentaire, telle qu'elle est actuellement connue. On lit dans ses *Œuvres* : « L'érosion se fait par une

« humeur aigre et âcre qui les corrode et pertuise voire « souvent jusques en leurs racines. »

Fauchard (1728) invoque (à peu près le même mécanisme vague pour la formation de cette affection des dents qu'il décrit avec quelques détails dans le tome I de son traité *Le chirurgien dentiste*. Il s'exprime ainsi à la fin du chapitre VI. « Je nomme cette maladie érosion de la surface émaillée ou disposition à la carie elle provient de ce que l'émail est usé par quelque matière rongeante. »

Quelques années plus tard (1743), Bunon donne, dans son *Essai clinique sur les maladies des dents*, une description meilleure de l'érosion dentaire dont, pour lui, les principales causes sont les maladies de l'enfance : surtout le rachitisme, la petite vérole, la rougeole et le scorbut. « Les dents dit-il, peuvent être sillonnées, piquetées, hérissées, quelquefois même tout à fait dépourvues d'émail. » Il va jusqu'à avancer que la forme seule de la lésion peut indiquer la maladie qui l'a produite et l'âge du sujet lors de cette maladie. Il énumère par ordre de fréquence les groupes dentaires le plus souvent atteints d'érosion selon lui : premières molaires, incisives supérieures, incisives inférieures. Cette classification est assez en rapport avec celle qu'indiquent les travaux récents.

En 1785, paraît un livre de Sanchez, *Observations sur les maladies vénériennes*. L'auteur y fait preuve d'un esprit d'observation très judicieux ; il parle de l'hérédité de la syphilis, constate certains des stigmates des hérédosyphilitiques : les malformations de l'urèthre,

l'imperforation de l'anus, les maux d'yeux, l'infantilisme, le rachitisme, la dysménorrhée, enfin le retard d'éruption et la carie précoce des dents. « On sait que, pour « l'ordinaire, la dentition commence au septième mois ; « j'ai observé que chez les enfants nés de pères et de « mères infectés du vice vénérien, elle ne commençait « qu'à quatorze mois ; leurs dents deviennent noires et « pourrissent en peu de temps. »

On trouve très exactement décrits dans le *Dentiste observateur* de Mahon, publié sous la Révolution en l'an VI, les sillons ou atrophies sulciformes que nous aurons à remarquer sur les dents hérédosyphilitiques ; mais Mahon leur donne un autre nom, les appelle les « rainures dentaires » et prouve, par des observations assez nombreuses, qu'elles sont dues au mauvais état de santé de la nourrice ou des parents, à un allaitement insuffisant, à des maladies graves subies par l'enfant : « coqueluche, petite vérole, scorbut, rougeole, « fièvres malignes».

Dans son article « Dent » du *Dictionnaire en 60 volumes*, 1815, Fournier ne parle plus de l'érosion, mais d'une autre lésion « l'atrophie dentaire, caractérisée, « dit-il, tantôt par des lignes saillantes, ondulantes et « transverses, tantôt par des rainures rugueuses ou des « enfoncements pointillés, et dans quelques cas par une « disparition totale de l'émail. »

Il a signalé ces altérations sur les dents de la première dentition et a émis l'idée qu'elles pouvaient avoir été déterminées par « une affection héréditaire contractée par le fœtus dans l'utérus maternel. » C'est là,

on le verra, une orientation sérieuse, un grand pas vers les idées pathogéniques d'Hutchinson et de M. le professeur Fournier.

Oudet, en 1835, n'a fait que l'accentuer encore plus : il écrit dans le *Dictionnaire en 30 volumes*, l'article « Dent » où il reprend ainsi qu'il suit la question de l'atrophie dentaire. « Tantôt la couronne est parcourue « dans son contour par léger sillon ou une dépression « circulaire en forme de gouttière. Tantôt elle est gra- « vée de petits enfoncements inégaux semblables à des « piqûres parsemées çà et là. »

Il distingue deux variétés d'atrophie dentaire : la première ou idiopathique, dépend d'un « défaut local de sécrétion » qui a troublé les fonctions de la membrane interne du follicule ; elle n'atteint que peu de dents et peut occuper des niveaux différents sur les dents non homologues. La seconde variété, dite symptomatique, lèse un plus grand nombre de dents et reconnaît pour causes « les affections exanthématiques de la peau (tel- « les que variole, rougeole) les phlegmasies de la mem- « brane muqueuse des voies digestives, les fièvres de « mauvais caractère, le rachitisme, l'état de langueur « et de dépérissement auquel les enfants sont si sou- « vent sujets pendant le cours de la dentition. »

Hutchinson, en Angleterre, en 1857, est le premier auteur qui dénonce la syphilis héréditaire comme cause de lésions dentaires.

Il expose minutieusement, dans une série de publications, de mémoires et de communications aux Sociétés savantes, les malformations des dents observées par

lui sur un grand nombre d'hérédo-syphilitiques, notamment une variété particulière d'atrophie, l'érosion qui a gardé son nom. Nous aurons à revenir longuement sur ces descriptions dans notre étude clinique, car nous avons constaté toutes ces altérations dentaires chez les enfants hérédo-spécifiques que nous avons examinés. Hutchinson prétend ne les avoir rencontrées que sur les dents de la seconde dentition et il insiste aussi beaucoup sur les défauts de développement des dents permanentes dont il rend responsable la stomatite consécutive au traitement mercuriel « defects in « the development of the permanent teeth wich are « the results of follicular stomatitis due to mercury » (*Syphilis*. London, 1887. *Commentary* CCVII).

Tandis que Tomes et Broca étudiaient dans leurs travaux (*Traité de chirurgie dentaire. Revue d'Anthropologie*) la morphologie des lésions dentaires sans se préoccuper de leur pathogénie, Panas et Dolbeau attaquaient, en 1871, devant la Société de chirurgie l'opinion d'Hutchinson.

A la même époque (1873), Magitot, dans ses nombreux ouvrages, érige à l'encontre de la syphilis (« dont « dit-il, l'action nocive, essentiellement longue et con- « tinue, ne saurait jouer aucun rôle dans la formation « des altérations des dents ») la théorie de l'éclampsie, de la méningite et des convulsions infantiles qui, selon lui, sont les seules causes des stigmates dentaires.

Ses élèves, le Dr Castanié (1873), le Dr Rattier (1879), et le Dr Leplat (1890) soutiennent cette assertion dans leurs thèses de doctorat. Le Dr Leplat dit même que

« les érosions des dents hérédo-syphilitiques sont dues aux accidents nerveux très fréquents dans cette diathèse. »

Nicati (1879) et surtout Parrot (1880-1885) reprennent les idées d'Hutchinson : Parrot décrit cinq variétés d'atrophie dentaire et leur assigne une cause unique : la syphilis héréditaire, qui, pour lui, se confond avec le rachitisme « Pour nous et toujours, les altérations dentaires que nous avons décrites sont la conséquence de l'hérédo-syphilis. » Cette affirmation se trouve dans les conclusions de la thèse de son élève le Dr Descamps (1882).

En 1887, Mlle A. Sollier rapporte un grand nombre d'observations d'enfants idiots et arriérés présentant des malformations dentaires analogues.

Dans ses traités remarquables sur la syphilis, dans ses nombreuses leçons cliniques de ces dernières années sur la syphilis héréditaire, le professeur Fournier s'est montré beaucoup moins exclusif que Parrot au sujet des stigmates dentaires dont il a donné une description clinique détaillée et complète. Il proclame que, contrairement à la doctrine de Parrot, le rachitisme survenant chez des enfants syphilitiques ne doit pas être considéré comme une lésion d'essence syphilitique, mais comme une conséquence directe et banale de l'influence dystrophique exercée sur l'organisme par cette maladie.

C'est dans le sens de cette opinion et dans le but de la confirmer qu'ont été lancés les travaux, les thèses et les communications les plus récents sur cette question : nous les avons consignés avec soin dans notre

« Bibliographie » : il serait trop long de les citer tous ici.

Au moment même où nous déposons cette thèse, paraît en librairie un ouvrage du Dr Edmond Fournier *Recherche et diagnostic de l'hérédosyphilis tardive,* Masson, 1907. « Le temps nous a fait défaut pour étudier à fond ce livre nouveau ; néanmoins nous avons pu nous rendre compte que dans le chapitre réservé aux lésions dentaires, illustré de nombreuses et belles photographies, (page 86 à 146), l'auteur arrive aux mêmes conclusions que celles de nos observations cliniques.

Nous ne voulons pas nous attarder plus à cette historique et à ces débats de pathogénie pure qui n'ont pas encore été résolus et que Mauriac a jugés ainsi dans son livre *Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire,* p. 1105 : « Voilà encore un sujet sur lequel on s'est livré à des discussions interminables : on en a vraiment un peu trop abusé ». Nous restreignons à dessein le cadre de cette thèse et nous passons directement à l'étude clinique et séméiologique des lésions dentaires hérédosyphilitiques chez l'enfant.

ÉTUDE CLINIQUE ET SÉMÉIOLOGIQUE

Il nous a semblé utile, pour la clarté de cette étude, de la diviser en trois paragraphes principaux :

Dans le premier, nous décrirons les altérations des dents hérédosyphilitiques ;

Dans le deuxième, nous exposerons leur mode de répartition sur les dents de chaque dentition et nous insisterons sur les particularités de la première dentition ;

Dans le troisième, nous montrerons que ces altérations sont dues à une influence dystrophique spéciale de la syphilis et nous parlerons des stigmates généraux, provenant de la même tare, qui leur sont concomitants.

I

Parmi les altérations dentaires hérédosyphilitiques, on doit distinguer deux grands groupes :

1° Les *malformations proprement dites ou extérieures*, qui comprennent : les anomalies de structure nom-

mées érosions ; les anomalies de volume du corps de la dent ; les anomalies de forme, ou amorphisme dentaire.

2° Les *lésions dystrophiques* : anomalies d'évolution ; anomalies de résistance, ou vulnérabilité particulière ; anomalies de situation.

Passons en revue successivement ces diverses anomalies et commençons par l'étude des érosions dentaires.

1. Malformations.

L'érosion peut être définie cliniquement, sans préjuger rien de sa pathogénie ni du mécanisme de sa constitution, en disant qu'elle est une solution de continuité du tissu dentaire sur une certaine étendue de la portion couronne, et intéressant, selon son degré et son importance, soit simplement l'émail, soit à la fois l'émail et l'ivoire.

Nous suivrons, dans la description morphologique de ces diverses variétés, la classification si complète et si précise que M. le professeur Fournier en a donnée dans ses ouvrages, et, notamment, dans son livre *Syphilis héréditaire tardive*, pages 110 et 111.

Suivant qu'elles se localisent sur le corps même de la dent ou seulement sur le sommet, sur l'extrémité libre, les érosions sont dites coronaires ou cuspidiennes.

Le professeur Fournier a décrit les érosions coronai-

res sous quatre aspects différents : érosions en cupules, en sillons, en facettes, et en nappes ; les érosions en nappes sont plutôt rares : nous n'avons rencontré que les trois premières variétés chez les enfants hérédosyphilitiques que nous avons examinés.

Les érosions en cupules sont très fréquentes : tantôt elles prennent la forme de petites dépressions arrondies creusées à la surface de l'émail et sont alors comparables, dit Fournier, aux impressions que laisserait la pointe d'une épingle sur de la cire (érosions en pointillé) — tantôt elles sont plus étendues, plus profondes, et constituent une véritable excavation (érosion en godet). Leur coloration est d'ordinaire jaunâtre, lorsque l'émail seul est lésé ; elle devient grise et même noire si l'érosion est plus accentuée Elles siègent sur la face antérieure de la couronne, le plus souvent non loin du rebord gingival (observation IV), quelquefois près du bord libre, mais sans l'atteindre (observation XVII), ou bien encore sur un des bords latéraux qui est plus ou moins usé et creusé (observation XVI).

L'érosion en sillon, que Parrot appelait « atrophie sulciforme », consiste en une petite rigole horizontale, entaillée à une profondeur variable dans la substance de la dent. Au degré le plus simple, le sillon est linéaire superficiel ; mais il peut être plus accusé et plus large. Très fréquemment on n'en trouve qu'un seul ; mais, dans certains cas, on observe, sur la couronne, deux, parfois trois sillons superposés et parallèles, inégalement profonds et séparés l'un de l'autre par des cou-

ches d'émail saines, dont la coloration blanc nacré contraste fortement avec l'apparence grisâtre, sale, des érosions sulciformes. La superposition de ces portions de couronne ainsi délimitées, alternativement intactes et lésées avec une intensité différente, donne à la dent un aspect tout particulier que Nicati a traduit par ce terme imagé « dent en escalier » ou « dent en gradins ». A la longue, sous l'influence des chocs réciproques répétés des arcades dentaires exigés par les mouvements de mastication, l'étage supérieur, près de l'extrémité de la dent, disparaît, effrité par morceaux : d'où un raccourcissement notable de la couronne ; cette usure est, de plus, facilitée beaucoup par la vulnérabilité spéciale du tissu dentaire, dont nous aurons à parler plus loin. Dans son ouvrage le plus récent (*Syphilis*, London 1887). Hutchinson a représenté très nettement (Planche VI, figure 3) de pareilles « dents parcourues transversalement à un même niveau par des sillons horizontaux et dénudées à leur extrémité supérieure. » Nous avons pu en observer plusieurs, dans nos recherches personnelles (observation I, XI et XIX).

L'érosion en facettes n'est pas autre chose qu'un sillon agrandi dans toutes ses dimensions : mais, en général, elle ne se continue pas sur plusieurs dents et reste localisée à une seule ; la couronne semble à cet endroit irrégulière, anfractueuse, comme usée à la lime. Bien que cette variété soit plus rare que les précédentes, nous l'avons cependant notée sur trois enfants (observations XII, XVIII, XXIII).

L'érosion en nappes, exagération de l'érosion en facet-

tes, est exceptionnelle ; les auteurs n'en ont cité que quelques exemples : Tomes donne aux dents qui les présentent le nom de dents en gâteau de miel «honey-combed teeth. »

Pour étudier les érosions cuspidiennes, il nous faut examiner tour à tour chaque groupe dentaire, car elles ont une morphologie différente suivant qu'elles siègent sur les incisives, les canines ou les molaires.

Les incisives comportent de nombreuses variétés d'érosions cuspidiennes. Celle qui est de beaucoup la plus importante. la plus constante chez les hérédosyphilitiques, est l'érosion semi-lunaire dont Hutchinson a donné une description demeurée classique.

D'après le clinicien anglais, cette érosion a pour principal caractère d'affecter spécialement les incisives médianes supérieures qu'il appelle « dents témoins », « dents typiques » (test-teeth, typicalteeth). Elle est unique, entaille le bord libre de la dent à la partie moyenne presque toujours biseautée aux dépens de la face antérieure ; elle y détermine une encoche en forme de croissant (crescentic notch), c'est-à-dire limitée par une ligne demi-circulaire à convexité tournée vers le collet de la dent, rappelant très nettement l'empreinte laissée par un coup d'ongle. D'où les termes d'érosion semi-lunaire, en coup d'ongle. Les angles du bord libre, au lieu d'être presque droits comme ceux d'une incisive normale, sont arrondis, occupés par deux petites pyramides d'émail à contour curviligne qui font saillie de chaque côté de l'échancrure (rounding of the angles). Hutchinson fait remar-

quer que l'encoche n'est pas toujours accusée ni même constituée. Il indique ainsi le mécanisme de sa formation dans le commentaire d'une planche de son ouvrage *Syphilis* : « L'émail des incisives médianes supé-« rieures vient seulement d'être attaqué : l'émail fait « défaut à la partie moyenne du bord libre ; la dépres-« sion centrale est très prononcée mais la cassure n'est « pas nette, la dentine est à nu ; au milieu on voit trois « ou quatre petites épines pointues : ces épines, en « peu de temps se cassent en morceaux, disparaissent « et laissent l'échancrure typique .» Nous avons pu faire les mêmes remarques sur plusieurs enfants et notamment, chez l'un d'eux (observation XII), nous avons pu suivre l'évolution de l'échancrure semi-lunaire : dans un premier examen de la dentition, nous n'avions vu que la simple érosion de l'émail à contour curviligne ; quelques mois après, l'échancrure était complète. La photographie annexée à l'observation III montre nettement l'érosion grisâtre de la partie moyenne du bord libre des deux incisives médianes supérieures. Même constatation signalée dans l'observation II.

Telle est l'érosion d'Hutchinson : on a aussi donné le nom de l'auteur anglais à toute incisive médiane qui la présente : mais cette dent-type, dite dent d'Hutchinson, a en outre des caractères particuliers quant à sa forme et à sa direction. Nous en donnerons une description d'ensemble dans le paragraphe suivant.

Il existe d'autres variétés d'érosions cuspidiennes sur

les incisives. C'est ainsi que le professeur Fournier a distingué :

La « dent laminée » dont le sommet paraît usé, comme élimé, sur ses deux faces ; elle est très amincie et aplatie dans le sens antéro-postérieur : nous l'avons trouvée chez beaucoup d'hérédosyphilitiques (observations IV, XIV, XXIII et autres).

La « dent en scie », ainsi dénommée à cause des dentelures qui incisent son bord libre, dentelures qui peuvent être très légères, fines et nombreuses, ou bien plus profondes et plus espacées : parfois, mais rarement elles se prolongent sur la couronne en sillons verticaux parallèles à l'axe de la dent : on a alors la « dent cannelée » (fluted teeth, d'Hutchinson). Le sujet de notre observation XIII avait des dents en scie remarquables, aux deux mâchoires. (Voir aussi observations I, VI et VII).

Une dernière forme moins fréquente, que nous n'avons pas trouvée, est la dent dite « en clou de girofle » : son sommet est presque totalement atrophié et divisé en plusieurs bourgeons.

Sur les canines, en outre des incisures du bord libre (observation IV) peu fréquentes et analogues à celles des incisives, nous avons noté deux sortes d'érosions bien distinctes :

Tantôt un sillon circulaire profond décrivant un cercle, complet ou non, autour du sommet de la canine et à une faible distance de lui (observations VII, X, XII, XVI).

Tantôt une érosion profonde, angulaire, en forme de V

dont le sommet est dirigé du côté de la gencive (observations V, XII, XVII).

Le professeur Fournier a étudié avec détails les érosions cuspidiennes des molaires et spécialement celle de la première grosse molaire, dite « dent de six ans ». La lésion est visible sous deux aspects différents, selon son intensité, et ces deux aspects peuvent être remarqués sur la même dent par des examens espacés par un certain laps de temps.

Tout d'abord on est frappé par le contraste offert par les deux tiers inférieurs et le tiers supérieur de la molaire : tandis que la base paraît saine, le sommet est atrophié dans toutes ses dimensions, et semble enchâssé par un rayon circulaire qui le sépare de la partie inférieure de la dent: « on dirait, écrit Magitot, un moignon « d'ivoire émergeant d'une couronne normale. »

D'autre part, les tubercules de la surface triturante sont plus aigus que normalement, puis s'amoindrissent, sont rugueux, grenus. La face triturante, de lisse, unie, et régulièrement divisée en mamelons qu'elle était, devient inégale et anfractueuse : sa coloration change, devient jaune brun. C'est la « dent en dôme » (dome shaped teeth) de Moon et d'Hutchinson (Observations I, VI et V).

Secondairement, les frottements, les mouvements de mastication, les fermentations buccales usent les aspérités qui s'effritent peu à peu et finissent par disparaître : la dent est alors raccourcie de son tiers supérieur : sa face terminale est transformée en un plateau lisse dont le centre jaunâtre est quelquefois excavé, et qui est

entouré d'un bourrelet d'émail blanc. C'est la « dent courte à plateau lisse » de Fournier. Elle semble coupée au ras de la gencive. (Observations I — mâchoire inférieure — II, et autres).

Nous en avons fini avec la description des érosions dentaires hérédosyphilitiques : nous parlerons plus brièvement des autres anomalies et lésions moins importantes.

Les anomalies de volume des dents consistent surtout en microdontisme : ce mot désigne l'exiguïté, le rapetissement de toutes les proportions des dents. Cet état d'atrophie générale est congénital, c'est-à-dire que les dents font leur éruption avec ces mêmes dimensions ; il ne faudrait pas confondre ce microdontisme primitif avec le raccourcissement acquis de certaines dents survenu par le mécanisme indiqué dans les pages précédentes : par exemple, les dents en gradins et les molaires en plateau.

Le microdontisme frappe de préférence certains groupes de dents qui sont, par ordre de fréquence : les incisives médianes supérieures, les latérales supérieures et les médianes inférieures. Nous l'avons observé sur presque toutes les dentitions que nous avons examinées : deux fois (observations XIII et XXII), il était exagéré et comparable au nanisme dentaire, aux « dents de poupée » (dwarf teeth) des auteurs anglais. L'anomalie inverse, le macrodontisme (dents géantes), est beaucoup plus rare chez les heredosyphilitiques : elle affecte plus spécialement les incisives médianes supérieures ; c'est ce que nous avons vérifié dans l'observation XII.

L'amorphisme dentaire est caractérisé par deux ordres de faits : ou bien par des déviations du type dentaire normal — ou bien par des bizarreries de configuration extérieure :

Très fréquemment, nous avons noté dans nos observations des dents qui, par leur forme, manifestaient une tendance remarquable à appartenir à un autre groupe de dents. Un exemple en est donné par les canines : leur pointe est émoussée, remplacée même par un plateau linéaire ; l'extrémité de la couronne avoisinant le bord libre est aplati, élimé : par suite, la dent a tout à fait l'apparence d'une incisive (observations VI et VII). De même, dans trois observations (III, XI et XXIII), nous avons remarqué l'amorphisme d'incisives latérales en canines.

A côté de ces dents qui, bien que malformées, demeurent dans un type dentaire normal voisin, on en trouve une foule d'autres qui sont absolument informes, réduites à des chicots noirâtres, pointus, ou bien qui, par leur morphologie nouvelle, éveillent l'idée d'objets les plus divers. On a pu les comparer le plus souvent à un écrou ou un tourne-vis (« screw-driver type » d'Hutchinson), à une cheville (« peg like, peg top teeth » des auteurs anglais) : le bord libre, par suite de l'usure et de la convergence en bas des bords latéraux, est alors plus étroit que le collet de la dent : « tooth narrows towards its edge », écrit Hutchinson. Nous en avons signalé trois (observations XIII, XVI, XVIII). La disposition inverse, c'est-à-dire la convergence des bords latéraux vers la gencive, donne à la

dent une forme prismatique triangulaire spéciale et assez fréquente (observations VI, VII, XI, XII, XXIII). Il y a enfin d'autres amorphismes beaucoup plus rares: dents tordues sur leur axe, dents effilées en touche de piano (observation VI), dents de poisson, dents en fer de hache, dents en corne, etc...

2. Lésions dystrophiques.

L'évolution des dents hérédosyphilitiques offrent diverses anomalies. Tout d'abord, un retard d'éruption qui peut être assez notable : Sanchez l'avait déjà remarqué en 1785 « On sait, dit-il, que pour l'ordinaire, la dentition « commence au septième mois ; j'ai observé que, chez les enfants nés de pères et de mères infectés du vice « vénérien, elle ne commençait qu'à quatorze mois. » Ce retard peut être localisé à un seul groupe de dents ou bien généralisé et dégénère en absence des dents permanente. Demarquay rapporte le cas d'un enfant hérédospécifique qui, à l'âge de 4 ans, n'avait pas encore une seule dent : mais ce fait est très rare. Cependant Lancereaux cite le cas d'un enfant hérédosyphilitique qui, à 12 ans, avait des incisives latérales et des canines à peine sorties des alvéoles.

Oro publie, en 1902, l'observation d'un enfant syphilitique héréditaire de 14 ans, sur la dentition duquel il avait noté l'absence d'un grand nombre de dents : incisives, canines, prémolaires supérieures, canines et prémolaires inférieures ; la partie antéro-latérale du bord

alvéolaire supérieur présentait un degré d'atrophie très accentué.

Nous avons constaté sur la plupart des sujets de nos recherches, éruption très tardive de la première dent : entre onze et seize mois (Observations VI, VII, XIV...) ; et chez plusieurs d'entre eux l'absence de certaines dents, le plus souvent homologues : canines inférieures (obs. I et XXIII), prémolaires inférieures (observation XII), incisives latérales supérieures (obs. VIII et autres) : dans ces cas, il existait, entre les incisives médianes et les premières molaires, un espace vide analogue, suivant la comparaison des auteurs, à la « barre de cheval. »

L'apparition des dents permanentes est également très tardive ou même ne se produit pas : dans le premier cas, il y a persistance de la dentition de lait, soit localisée à un petit nombre de dents, soit presque générale, ce qui est rare ; (l'observation I est remarquable à ce point de vue — dans le second cas (observation VIII) des dents temporaires sont tombées mais n'ont pas été remplacées.

Les diverses malformations décrites dans le paragraphe précédent ont déjà montré le peu de résistance du tissu dentaire hérédosyphilitique et sa vulnérabilité excessive. Cette fragilité explique la fréquence des lésions de l'émail, la facilité avec laquelle il s'érode, « s'exfolie », pour employer l'expression d'Hutchinson (foliated teeth) et prend une coloration jaune brunâtre, même noire. De même on a vu l'usure prématurée, l'effritement en petits morceaux (breaking away) des parties lésées par

l'érosion, la réduction de certaines dents à l'état de moignons, de chicots, de plateaux abrasés à fleur de gencive. La précocité de la carie est aussi très grande : il y a des dents qui, dès leur éruption, sont noirâtres, cariées ; ou bien elles ne gardent que très peu de temps leur apparence saine et sont envahies très vite par la carie destructive qui les ronge et provoque rapidement leur chute.

Pour faire une étude complète sur les lésoins dystrophiques des dents hérédospécifiques nous devons, en terminant, signaler leurs anomalies de situation : vices d'implantation et de direction.

La plupart du temps, elles émergent de la gencive à des niveaux différents, soit en hauteur soit dans le sens antéro-postérieur. Il en résulte le chevauchement des couronnes, les unes étant plus ou moins fortement en retrait par rapport aux autres ; de plus les bords libres de ces dents ne se trouvent pas sur une même ligne droite comme normalement : le tracé qui les unirait serait brisé en zigzags irréguliers.

Les dents poussent dans des directions variables qui très souvent ne sont pas perpendiculaires au maxillaire mais obliques dans tous les sens : le plus habituellement elles convergent l'une vers l'autre (« slope towards each other » dit Hutchinson), et laissent entre elles à la partie supérieure un espace libre triangulaire occupé par la gencive, tandis que leurs sommets vont quelquefois jusqu'à se toucher. Hutchinson a rangé cette convergence parmi les caractères typiques des dents qui portent l'érosion semi-lunaire. Nous l'avons notée

chez plusieurs enfants (observations I, VI, XIII, XIX). Plus rarement on trouve la divergence.

Une dernière particularité à signaler est l'écartement des bases d'émergence, indépendant de toute autre anomalie de direction et d'implantation ; les dents, de dimensions réduites, paraissent saines.: on les dirait placées avec intention à une certaine distance l'une de l'autre qui reste à peu près sensiblement la même.

II

Nous passerons très rapidement sur les lésions de la seconde dentition car nous aurions à reprendre une à une toutes les altérations dentaires décrites dans le chapitre I.

Leplat dit dans sa thèse que les dents lésées dans la dentition permanente sont, par ordre de fréquence : la première molaire ou dent de six ans, les incisives médianes et spécialement les supérieures, les incisives latérales et les canines ; les prémolaires et les deuxième et troisième molaires seraient très rarement atteintes.

D'après nos observations personnelles, nous croyons pouvoir avancer que l'altération dentaire de beaucoup la plus constante est la dent dite d'Hutchinson qui siège de préférence sur les incisives médianes supérieures : on l'a signalée plusieurs fois sur d'autres dents, incisives latérales ou canines, mais bien moins nette.

La dent d'Hutchinson type est presque toujours rapetissée, à la fois en longueur et en largeur, et parfois

ce microdontisme est très accusé : la couronne n'est pas aplatie vers son extrémité comme celle d'une incisive normale, mais au contraire fait un peu saillie en avant ; ses angles sont arrondis. A la partie moyenne du bord libre se voit le coup d'ongle caractéristique que nous avons déjà longuement décrit : soit simple érosion de l'émail, soit échancrure définitivement constituées.

Assez fréquemment l'érosion d'Hutchinson est double, affecte sur une même mâchoire les deux dents homologues, les deux incisives médianes supérieures qui, très souvent, convergent l'une vers l'autre.

On peut remarquer, pour toutes les autres variétés d'érosions, une tendance analogue à affecter de préférence un même groupe particulier de dents. Les sillons horizontaux multiples se voient presqu'exclusivement sur les incisives médianes, surtout inférieures ; les érosions en cupules et en godets, sur les incisives médianes supérieures ; les érosions en brèche, sur les canines... La systématisation des lésions, leur prédilection marquée pour certaines dents sont des caractères essentiels des lésions dentaires hérédosyphilitiques. Le professeur Hallopeau a longuement insisté sur eux dans diverses communications faites à la Société de dermatologie et de syphiligraphie sur les « atrophies cuspidiennes systématisées des dents hérédosyphilitiques ».

La dent d'Hutchinson et les lésions systématisées ne sont pas spéciales à la seconde dentition car on les trouve aussi sur la dentition de lait, de même que les autres dystrophies.

Une malformation vraiment spécifique, appartenant en propre aux dents permanentes est l'érosion cuspidienne de la première molaire, ou dent de six ans, telle que nous l'avons décrite sous les deux aspects différents qu'elle peut présenter. Le professeur Fournier la regarde comme pathognomonique ; nous ne l'avons pas rencontrée chez tous les enfants syphilitiques de seconde dentition que nous avons examinés, tandis qu'ils avaient tous une ou deux dents d'Hutchinson.

L'influence particulière que la syphilis exerce sur la *première dentition* a été envisagée par presque tous les auteurs : mais les opinions sont partagées sur cette question et aucune solution précise n'a été donnée.

A la fin du XVIII[e] siècle, Sanchez, dans ses *Observations sur les maladies vénériennes*, parle uniquement du retard d'éruption et de la carie précoce des dents de lait.

Hutchinson convient que « les dents temporaires des enfants syphilitiques sont souvent très particulières » ; il explique le mécanisme de leurs lésions par une inflammation puis une suppuration des sacs dentaires (the gums and tooth sacs are liable to congestion, inflammation, and suppurative exfoliation) ; il affirme « n'avoir jamais été témoin de cette exfoliation suppurée sur d'autres dents que les dents syphilitiques ». Cependant, quelques pages plus loin il écrit : « Les particularités que « j'ai mentionnées comme fréquentes sur les dents de « lait des enfants hérédosyphilitiques ne doivent pas « être regardées comme des symptômes pathognomo- « niques, car ces dents ne sont jamais malformées d'une

« manière caractérisque et des particularités très analo-
« gues sont très fréquemment remarquées chez des
« enfants non syphilitiques » (*Syphilis*. London, 1887, page 437).

Parrot dit que les dents de la première dentition, étant exposées aux atteintes de la syphilis au moment même de leur calcification, « peuvent être lésées et « amoindries proportionnellement à la durée et à l'in-
« tensité de la maladie héréditaire. » Mais, pour lui, ces lésions ne sont nullement caractéristiques et sont bien plus nettes sur les dents permanentes. Il rapporte l'observation d'un enfant de 27 mois, de souche syphilitique, qui avait deux incisives médianes supérieures fortement échancrées en demi-lune (dents d'Hutchinson).

Dans les conclusions de sa thèse (1889), le Dr Desmartin écrit : « La première dentition infantile hérédosy-
« philitique est presque toujours intacte. »

Le Dr Leplat (thèse Paris, 1891), expose les théories de son maître Magitot : il affirme que « si les dents « de lait peuvent dans quelques cas être atteintes « d'érosion, les dents permanentes ont été rencontrées « lésées un bien plus grand nombre de fois et avec « une intensité bien supérieure. Les dents temporaires « sont bien plus rarement érodées car la plupart d'en-
« tre elles ont leur évolution déjà presque terminée au « moment où le plus souvent la cause réelle d'érosion « entre en jeu. » Il ne faut pas oublier que, pour Magitot, l'érosion est causée non par la syphilis mais par l'éclampsie et les convulsions : Leplat explique les lésions des dents temporaires par des troubles nerveux intra-uté-

rins lors de la grossesse. A son avis, les dents de la première dentition le plus souvent atteintes sont les canines, les prémolaires, les molaires, les incisives médianes et enfin les incisives latérales.

Le Dr Brunet (thèse Paris, 1901), s'inspire des travaux du Professeur Fournier sur la question, cite l'observation de Parrot en terminant son étude sur les malformations maxillo-dentaires syphititiques, et se résume ainsi : « Malgré ce cas excessivement rare (observation « de Parrot), on peut affirmer que la première denti- « tion est influencée d'une façon beaucoup moins fré- « quente et moins complète par la syphilis héréditaire « que la dentition permanente. »

Notre maître, M. le Dr Comby, dans la cinquième édition de son *Traité des Maladies de l'Enfance* (1906), s'exprime ainsi : « La syphilis héréditaire a généralement peu « d'influence sur la première dentition ; quelquefois ce- « pendant, elle atteint profondément les dents de lait qui « sont petites, cariées, friables, et tombent rapidement. « Il n'est pas rare de voir des enfants hérédosyphilitiques « présenter des dents qui, à peine sorties, deviennent « noires, s'usent, se carient et se réduisent en pous- « sière. Chez eux la denture n'est bientôt plus repré- « sentée que par des chicots noirâtres enfoncés dans les « gencives tuméfiées, fongueuses et saignantes. Telle est « la lésion habituelle de la première dentition qu'il m'a « été donné d'observer.... Sans doute les dents d'Hut- « chinson peuvent se rencontrer dans la première en- « fance, mais elles appartiennent surtout à la seconde « dentition.» En note, il cite le cas de la malade de son

service dont il a fait l'objet d'une communication à la Société de Pédiâtrie (séance du 19 décembre 1905) et qui se trouve rapporté dans notre observation I.

Nous ne saurions mieux faire que de nous en tenir à cet énoncé de l'opinion de notre maître. Nos recherches, faites sous sa conduite, la corroborent pleinement. Sans vouloir, en aucune façon, exagérer l'importance et la valeur de ce travail, nous tenons cependant à dire les résultats auxquels nous avons pu arriver dans notre étude spéciale sur la première dentition hérédo-syphilitique. Indépendamment des malformations, érosions et lésions dystrophiques communes aux deux dentitions, de la carie précoce et de la vulnérabilité particulière signalées déjà avant nous, il nous a été donné de relever onze dents d'Hutchinson types, non contestables, chez les dix-sept enfants de la première dentition que nous avons examinés. Ces dix-sept enfants, soit par leurs autres stigmates non douteux, soit par leurs antécédents héréditaires, sont des hérédospécifiques avérés. Et dans cette statistique, qui correspond environ à 65 0/0, nous n'avons pas fait entrer le cas d'un enfant (observation XXI) qui présentait sur l'incisive médiane gauche, mais par côté, une érosion du bord libre rappelant beaucoup le coup d'ongle d'Hutchinson. Les cinq autres malades dépourvus de dents d'Hutchinson sont ceux des observations X, XIII, XIV, XVII, XXIII.

III

Les auteurs sont unanimes à reconnaître que les altérations dentaires dont nous venons de parler sont

causées par des troubles trophiques. « L'érosion den-« taire, écrit le professeur Fournier (*Affections parasy-philitiques*, p. 287), n'est qu'une lésion de nutrition, et « pas autre chose. Le mécanisme de cette lésion con-« siste en une interruption accidentelle et momentanée « survenue dans le processus normal de la dentification. « A une certaine étape de son évolution, la dent n'a « plus reçu la somme de matériaux nutritifs indispen-« sable à sa formation intégrale et correcte ; comme « conséquence, elle s'est constituée vicieusement, in-« complètement, et ce trouble nutritif, cet arrêt de « développement s'est alors inscrit, imprimé sur la cou-« ronne dentaire par une zone atrophique, laquelle « n'est autre que l'érosion. »

Tomes, Magitot, Chompret, ont démontré avec clarté, par des études anatomo-pathologiques et des coupes histologiques pratiquées sur nombre de dents en voie d'évolution, que ces malformations dentaires sont bien dues à un arrêt ou une perturbation dans la constitution des tissus durs de la dent, c'est-à-dire dans la calcification.

Nous n'entrerons pas dans le détail de ces travaux, connu depuis longtemps et du reste nous n'avons pu faire aucune recherche personnelle dans ce sens. Mais ce que nous avons remarqué cliniquement et consigné dans nos observations, c'est l'action déterminante que la syphilis héréditaire exerce sur ces troubles de nutrition et l'atrophie qu'elle provoque déjà pendant la vie intra-utérine sur les germes et bulbes dentaires. Les caractères dystrophiques présentés, dès leur éruption,

par les dents des enfants hérédosyphilitiques que nous avons examinés, prouvent nettement qu'il s'agit véritablement chez eux d'une lésion destructive des germes dentaires commencée et achevée avant la naissance de l'enfant : ces dents, nous l'avons dit, sont d'emblée atrophiées, cariées, friables ; certaines parfois font toujours défaut. Cette dyscrasie native persiste et s'accentue malgré tout traitement antisyphilitique, même entrepris très tôt et suivi avec la plus grande rigueur. Ce fait pourra nous susciter l'objection que les lésions dentaires ne sont pas causées par la syphilis. Mais nous répondrons d'abord que tous les enfants dont nous avons rapporté les observations sont, sans contredit, de par leurs antécédents, des hérédosyphilitiques, et que chez eux on ne pourrait trouver aucune maladie, autre que la syphilis, capable de causer ces arrêts de développement, et nous ferons remarquer, avec M. le professeur Fournier, qu'en déterminant les altérations dentaires, « la syphilis agit non par sa toxine propre « mais en tant que maladie générale susceptible, par « la réaction qu'elle exerce sur l'organisme, d'éveiller, « à côté de ses troubles propres, des troubles d'un autre « ordre. » Que, par conséquent l'état pathologique des dents, étant syphilitique par origine et non par nature, ne doit pas être amélioré par le traitement mercuriel qui guérit tout à fait les accidents syphilitiques proprements dits, spécifiques (roséole, pemphigus...) présentés par l'enfant (Voir observation IX).

Cette influence dystrophique spéciale de la syphilis héréditaire sur les bourgeons dentaires n'est pas un fait

isolé dans l'histoire de cette maladie. Elle correspond aux déchéances organiques générales, aux processus de formation incomplète, d'insuffisance ou d'arrêt de développement que l'hérédosyphilis détermine sur le reste du corps de l'enfant. Nous avons constaté sur tous nos malades ces dystrophies générales concomitantes aux lésions dentaires.

Nous les classerons d'après les organes qu'elles affectent et nous n'en donnerons qu'une brève énumération car leur étude complète, longuement faite avant nous, ne rentre pas dans le sujet de cette thèse.

Le squelette des enfants syphilitiques est mal développé : ils sont de petite taille, ont une apparence chétive, malingre. Sanchez avait bien observé cette débilité et en avait donné un tableau curieux et très précis. « Ceux qui sont nés de parents infectés sont d'un tem- « pérament délicat, sensible, vif : leur corps est sans « muscles, leur voix est aigüe ; ils ont la poitrine et les « épaules étroites, et quelquefois leur poitrine est si mal « conformée qu'elle ressemble à celle d'une volaille « maigre et décharnée ; ils ont des glandes au col et « dans d'autres endroits ; la couleur du visage est pâle, « tirant sur le vert. » Les os présentent très souvent des déformations spéciales : tuméfaction des extrémités des os longs, hyperostoses de leur diaphyse, notamment des tibias. On peut trouver des signes de rachitisme, des adénopathies ganglionnaires (observations X et XXI).

La tête offre un grand nombre de manifestations dystrophiques très intéressantes. En premier lieu, l'aspect

natiforme du crâne, dont les sutures sont pour ainsi dire enfoncées et limitent quatre éminences saillantes qui sont les bosses frontales et pariétales. La boîte crânienne est augmentée de volume, épaissie par des ostéophytes. Chez trois enfants nous avons noté de l'hydrocéphalie (observations V, X, XII). Chez deux autres, de la première dentition, du craniotabès (observations XI et XII). Il y a une déformation caractéristique du nez, en lorgnette ou en pied de marmite, produite par la nécrose du squelette du nez et l'affaissement ou aplatissement de la base. Très souvent les nouveau-nés souffrent d'un coryza sanieux à répétition ou chronique. Les yeux et les oreilles sont atteints de lésions qui forment avec l'érosion dentaire semi-lunaire la triade dite d'Hutchinson : kératite interstitielle, surdité uni ou bilatérale due à des altérations de l'oreille interne (observations I, II, III, IV, etc...). Au pourtour des commissures labiales et des narines peuvent se voir des traces évidentes de cicatrices, lignes verticales ou obliques, de couleur blanc nacré, appelées ragades (voir photographie de l'observation III ; observations II, XII, XVI, XXI, XXIV). De même des fissures labiales. La langue dite scrotale présente une affection circinée ou desquammative débutant par des taches blanches circulaires très caractéristiques et des sillons transversaux dirigés en tous sens. (observations I, XII, XIV, XIX et XXI). Si l'on ajoute à cet ensemble de symptômes la teinte cendrée bistrée très particulière que l'on remarque souvent (exemple : observation XII) sur la peau qui entoure les orifices naturels (bouche,

nez), on aura une description complète du facies caractéristique dit Hutchinsonien : nous l'avons trouvé si accusé sur un enfant (observation III), que nous avons tenu à le photographier (voir la planche).

Très souvent, notamment chez les tout jeunes enfants nous avons observé l'hypertrophie du foie et de la rate ; dans trois cas, des nodosités ou une simple tuméfaction du testicule et de l'épididyme (observations V, XV, XIX).

Depaul en 1853 (*Mémoires de l'Académie de médecine*, 1853, tome XVII, p. 503) a signalé l'existence des lésions pulmonaires hérédosyphilitiques.

Parrot a décrit à la partie inféro-postérieure du tronc sur le sacrum, le coccyx, la face postérieure des fesses et des cuisses des macules cutanées qui ont gardé son nom : ce sont des plaques arrondies, de coloration jambonnée ou blanc nacré ; en leur milieu se voient de petites cicatrices linéaires qui donnent à ces macules un aspect plissé ou gaufré. Nous avons observé des marbrures assez analogues sur les membres inférieurs de enfants de 3 ans 1/2 et 4 ans (observations X et XI).

En outre de ces dystrophies extérieures, physiques, les enfants hérédosyphilitiques sont des arriérés, ont des facultés intellectuelles et morales peu développées : ils sont, pour la plupart, peu intelligents, peu éveillés ; ils ne comprennent pas ou mal ce qu'on leur dit, même lorsqu'ils n'ont pas de surdité ; ils étudient avec une grande difficulté. Leur caractère s'en ressent ; il est

changeant : pleurs et rires successifs et non motivés, colères subites (observation I). Très souvent, ces enfants sont tristes, taciturnes : leur physionomie est misérable (photographie et observation III).

ÉTUDE DE DIAGNOSTIC

Claude Bernard, dans l'*Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, donne comme règle de conduite à tout médecin consciencieux qui vient de constater l'existence d'un symptôme au cours d'une maladie, l'obligation de se demander quelle est la valeur diagnostique de ce symptôme ; c'est-à-dire qu'il doit évaluer le degré de confiance qui peut être accordée à ce symptôme dans la recherche de la maladie. Pour arriver à ce but, il est de toute nécessité : 1° de se demander si ce symptôme se rencontre exclusivement dans la maladie qu'on observe : si oui, il en constitue un signe certain, pathognomonique ; dans le cas contraire, sa valeur diagnostique n'est plus que relative ; 2° d'établir le degré de relativité de cette valeur diagnostique, qui est proportionnelle à la rareté du symptôme dans les autres affections et à sa fréquence au cours de la maladie présente.

Appliquons cette méthode générale de critique scientifique à l'étude de la valeur diagnostique des alté-

rations dentaires que nous venons observer chez les enfants hérédosyphilitiques.

Les auteurs ont contesté par de nombrenses objections le rôle exclusif de la syphilis dans la constitution des lésions dentaires ; ils se sont basés sur ce que ces lésions sont des troubles de nutrition dépendant de processus de dystrophie commune et banale, pour affirmer que toute affection générale peut les produire.

Nous avons vu dans notre historique, que, successivement, on a incriminé les maladies graves et pyrexies de l'enfance (Fauchard, Bunon, Mahon, Fournier, Broca), la scrofulo-tuberculose (Castanié), le rachitisme (Parrot, Nicati, Castanié), l'éclampsie et les convulsions infantiles (Magitot, Rattier, Leplat...). Galippe, enfin, a exposé une théorie récente sur la transmissibilité de ces altérations dentaires par fait seul de l'hérédité.

Nous ne voulons pas exposer en détails ces objections que de nombreux travaux, consignés dans notre Bibliographie, ont développées, examinées et même réfutées. Nous résumerons simplement ici les critiques qu'on leur a opposées et nous citerons trois observations cliniques personnelles concernant : un enfant rachitique, un autre atteint de chorée, un troisième ayant subi des maladies graves ; nous voudrions montrer par elles les différences qui existent entre les lésions dentaires provoquées par ces affections et celles que nous avons décrites chez les enfants hérédosyphilitiques.

Le professeur Hallopeau et le Dr Edmond Fournier ont procédé en 1902 à une enquête sur les lésions den-

taires présentées par un grand nombre d'enfants entachés d'une tare originelle quelconque : ils ont visité successivement les principaux hôpitaux d'enfants tant à Berck qu'à Paris, ainsi que les services infantiles de Saint-Louis, de la Salpêtrière, de Bicêtre et l'Hospice des Sourds et Muets. Ils résument ainsi les résultats auxquels ils sont parvenus en examinant les enfants tuberculeux : « Les anomalies dentaires sont relative-« ment rares, et surtout à Berck, où, dans les établisse-« ments que nous avons visités, nous n'en avons ren-« contré, sur plus de 1000 malades, que 9 cas : sur ces « 9 enfants, 4 étaient des hérédosyphilitiques manifes-« tes, soit du fait de leurs antécédents, soit du fait de la « coexistence chez eux de manifestations syphilitiques « non douteuses; un de ces enfants présentait en outre « des dents d'Hutchinson typiques. Nous en avons con-« clu que ces lésions sont au moins très rares chez les « tuberculeux et les rachitiques qui forment à peu de « chose près la totalité de la population de ces hos-« pices. »

D'après les mêmes auteurs, la transmission des altérations dentaires par hérédité pure, dont parle Galippe, est discutable. « Pour ce qui est de l'hérédité directe « d'une anomalie similaire ou dissemblable mise en « cause par M. Galippe, nous n'avons pu recueillir au-« cune donnée à son égard, mais fût-elle constatée dans « un certain nombre de cas, le rôle de la syphilis n'en « demeurerait pas moins des plus importants. » Une de nos observations (obs. XXIII) vient à l'appui de cette opinion : la mère présente, de même que l'en-

fant, une dentition irrégulière, cariée, en très mauvais état, mais nous relevons dans ses antécédents pathologiques l'existence d'une vérole, cause toute naturelle des dystrophies dentaires.

Le professeur Fournier a fait deux objections à la doctrine de Parrot et de Nicati, pour qui le rachitisme et la syphilis peuvent déterminer des lésions dentaires analogues. Il dit tout d'abord que le mécanisme d'action de ces deux maladies ne peut être le même, puisque la période d'activité du rachitisme ne coïncide pas avec l'époque de l'évolution intra-alvéolaire des dents et lui est bien postérieure: le rachitisme intra-utérin est exceptionnel. Fournier fait remarquer en outre que bien des enfants, chez qui le rachitisme est seul invoqué comme cause d'altérations dentaires, présentent une prédisposition particulière à cette affection : et cette prédisposition est le fait d'une syphilis héréditaire dont les manifestations sont en partie éclipsées par des stigmates rachitiques.

Nous avons examiné un enfant (observation X) qui était ainsi indirectement rachitique: son rachitisme n'était qu'une conséquence banale de l'influence dystrophique exercée sur l'organisme par l'hérédosyphilis. A côté de la dentition de cet enfant qui offre les particularités dystrophiques signalées dans notre étude clinique, nous tenons à décrire celle d'un autre enfant, celui-là rachitique pur, non syphilitique, que nous avons vu à la consultation de M. le Dr Comby le 15 décembre 1905.

Observation XXV (Personnelle).

Léon T..., 10 ans. Seconde dentition. Rachitique type.

Antécédents héréditaires. Parents et quatre frères et sœurs bien portants. Un frère mort à 3 ans de rougeole compliquée de broncho-pneumonie.

Antécédents personnels. Enfant né à terme : élevé au biberon jusqu'à 18 mois ; allaitement mal réglé: troubles digestifs, entérite. Pas de convulsions. A eu sa première dent à un an. A commencé à marcher à 18 mois : la mère s'aperçoit alors qu'il a les jambes « torses, en cerceau ».

Actuellement, déformations osseuses rachitiques au complet et très accentuées : chapelet costal ; exostoses thoraciques ; thorax en entonnoir ; parenthèse des fémurs et des tibias.

Examen de la dentition. — Les dents sont de taille normale ; leur forme ne dévie pas du type spécial à chaque groupe dentaire : pas d'amorphisme. Pas d'implantation vicieuse ni de convergence. La couleur de l'émail est blanc nacré. La dentition est complète : aucune dent ne fait défaut. On remarque sur les incisives médianes inférieures, tout près du bord libre, la présence d'un léger sillon dépressif sans changement de coloration de l'émail. Les incisives médianes supérieures sont grosses, larges, pour ainsi dire accolées l'une à l'autre, leurs angles sont bien accusés. Elles portent toutes deux au milieu de leur bord libre une érosion sulciforme profonde de 2 millimètres, plus accentuée sur la droite. Elle est toute différente de l'érosion en coup d'ongle d'Hutchinson : c'est une fente très étroite, allongée verticalement dans le sens de l'axe de la dent.

Parrot puis le professeur Fournier ont contesté le rôle que certains auteurs voulaient attribuer aux maladies graves de l'enfance dans la constitution des malformations dentaires comparables à celles des enfants hérédosyphilitiques. Ils se sont de même élevés contre les assertions de Magitot et de son école qui n'expliquent les altérations dentaires que par un seul groupe de causes : les névroses, l'éclampsie et les convulsions. Ils ont prouvé que lorsque ces diverses affections peuvent atteindre l'enfant, l'atrophie dentaire est déjà produite depuis longtemps, depuis les derniers mois de la vie intra-utérine : or à cette époque de l'existence fœtale on ne peut faire intervenir ni les convulsions ni les pyrexies.

Les observations qui suivent ont été recueillies par nous dans le service de M. le Dr Comby sur deux enfants non syphilitiques mais l'un malade depuis sa naissance, et le second choréique.

Observation XXVI (Personnelle).

Maurice L...,8 ans. Seconde dentition. Pavillon de la Rougeole.

Antécédents personnels. Né à terme. Nourri au sein. Première dent à 6 mois, mais n'a marché qu'à 2 ans 1/2. A 3 ans, bronchite très grave qui aurait duré plus de deux mois. A 4 ans 1/2,méningite. A 6 ans, pleurésie purulente ayant nécessité l'opération de l'empyème.

Entre actuellement aux Enfants-Malades pour une rougeole.

Antécédents héréditaires. Père 31 ans, serait tuberculeux. Mère 29 ans, bien portante, souffre depuis plusieurs années

d'une métrite à laquelle elle attribue une fausse couche. Trois frères et sœurs bien portants.

Dentition. — 25 dents: 12 en haut, 13 en bas. Coloration jaune mais aucune dent cariée. Les incisives médianes supérieures sont petites, écartées l'une de l'autre, et même divergentes: deux incisions du bord libre se prolongent sur la couronne en cannelures verticales et parallèles. Les bords libres de toutes les dents se trouvent sur le même niveau: ils sont horizontaux, aplatis et élargis. Les molaires sont normales. Amorphisme des canines et des incisives latérales en prémolaires.

Observation XXVII (Personnelle).

Louise H..., 8 ans. Seconde dentition.

Entre à l'hôpital le 23 janvier 1906, salle de Chaumont, lit n° 29, pour chorée.

Antécédents. Parents très nerveux, non syphilitiques. Père alcoolique, quatre autres enfants bien portants.

Née à terme. Élevée au sein jusqu'à 16 mois: a eu de l'entérite et des convulsions. Première dent à 6 mois. A marché à 2 ans. L'enfant est plutôt petite, un peu maigre, non rachitique. Rechute de chorée.

Dentition. — Plusieurs dents sont cariées, surtout les molaires : haleine fétide. On remarque sur la mâchoire supérieure le microdontisme des incisives latérales, des canines et des molaires dont les bords libres sont sur une ligne oblique de dedans en dehors. Les canines sont écuspidées.

Les deux incisives médianes supérieures sont écartées l'une de l'autre et des dents voisines : elles sont de grande taille, plus larges que normalement ; leurs bords latéraux sont parallèles ; leurs bords libres sont coupés d'incisures ; cannelures

verticales et parallèles sur la couronne. L'incisive latérale gauche est placée sur un plan plus antérieur que les autres dents et l'incisive médiane contiguë est fortement en retrait.

Les canines de la machoire inférieure sont mieux cuspidées que les supérieures : leur surface libre est usée obliquement. Les incisives médianes sont très grandes, étroites, dentelées sur leurs bords libres. Les incisives latérales sont bien plus petites ; la gauche est très atrophiée. Mais les deux incisives médianes sont sur un même plan ; et aussi les bords libres des deux canines et de l'incisive latérale droite.

On peut voir par les trois observations que nous venons de rapporter, que la dentition d'enfants non entachés de syphilis peut présenter des lésions dystrophiques et des malformations extérieures. Plusieurs d'entre elles ont été signalées chez les hérédospécifiques : telles le microdontisme, la carie, l'amorphisme de certaines dents, les dentelures et incisures du bord libre, l'écartement réciproque des bases d'émergence, les sillons horizontaux de l'émail, les érosions. Mais nous ferons remarquer qu'en observant attentivement les caractères de chacune de ces lésions décrits plus haut sur les dents de ces trois enfants, on peut se rendre compte qu'ils diffèrent en nombre de points de celles des dents hérédosyphilitiques. Le microdontisme est moins accentué, le macrodontisme plus fréquent, la carie et l'amorphisme dentaire moins accusés, les incisures du bord libre moins nombreuses et moins profondes. On observe la divergence des couronnes plutôt que la convergence si spéciale aux incisives médianes syphilitiques. Les

sillons horizontaux sont à peine visibles sur l'émail, n'en altèrent pas la coloration ; ils ne lèsent pas à un même niveau plusieurs dents homologues. Bien plus fréquemment qu'eux, on remarque des cannelures verticales, parallèles à l'axe de la dent, rares sur les dents syphilitiques. Nous avons dit enfin dans l'observation XXV en quoi différait de la dent d'Hutchinson l'érosion sulciforme verticale, la simple fente étroite que nous avons trouvée sur les deux incisives médianes supérieures de l'enfant rachitique.

Mais même en accordant que ces diverses altérations, en somme secondaires et accessoires, ne sont pas exclusives à l'hérédosyphilis et par conséquent n'ont qu'une valeur diagnostique relative, nous croyons pouvoir affirmer que certaines lésions dentaires particulières, presque constantes dans la vérole héréditaire, ne se rencontrent dans aucune autre affection générale. Nous avons en effet examiné à la consultation de M. le Dr Comby un grand nombre d'enfants nerveux, rachitiques, tuberculeux, affaiblis par des maladies ou des traumatismes graves : et jamais, chez eux pas plus que sur les enfants des observations types précédentes, nous n'avons constaté l'existence de la dent d'Hutchinson véritable ou des atrophies cuspidiennes systématisées.

Nous aurions donc tendance à accorder une valeur diagnostique absolue à ces deux sortes de lésions si nous n'avions pas lu dans les auteurs des observations qui démontrent que ces mêmes lésions ont été rencontrées sans contestation possible chez des sujets manifestement non syphilitiques.

C'est ainsi que M^lle^ A. Sollier (thèse Paris, 1889) les a remarquées chez un certain nombre d'enfants idiots et arriérés.

« Nous avons trouvé à Bicêtre ces atrophies cuspi- « diennes systématisées de la seconde dentition (écrivent le professeur Hallopeau et le D^r^ Edmond Fournier dans les conclusions de leur enquête dont nous avons déjà parlé) « bien plus fréquemment qu'à Berck, « car sur 200 jeunes idiots, 12 en étaient atteints : la « proportion était moindre à la Salpêtrière... Nous « n'avons pu déterminer pourquoi ces dystrophies sont « relativement fréquentes chez les idiots. »

« Dans nombre de cas, dit Hutchinson (dans son ouvrage *Syphilis,* 1887, p. 435) « on m'a envoyé des « malades comme étant évidemment syphilitiques et « ayant des dents typiques, et je n'ai pu chez eux trou- « ver une seule raison de suspecter une tare hérédo- « syphilitique. »

Le professeur Fournier a rapporté quarante observation de sujets non syphilitiques, issus de parents indemnes et cependant porteurs d'érosions semi-lunaires.

M. Vaquez a constaté la dent d'Hutchinson chez deux jeunes filles exemptes certainement de syphilis.

M. Tavernier a publié trois cas de syphilis acquise chez des malades qui avaient la dent d'Hutchinson, le crâne natiforme, de la kératite interstitielle.

Molokendom a fait d'autre part les mêmes constatations mais, ayant remarqué que chez ces malades la syphilis se comportait d'une manière très bénigne, il en conclut qu'ils avaient acquis une sorte de demi-

immunité par une hérédosyphilis dont l'empreinte était restée sur la dentition.

Nous dirons donc, pour conclure, que les altérations dentaires observées par nous sur les enfants hérédosyphilitiques ne sont pas exclusives à la syphilis héréditaire et n'ont qu'une valeur diagnostique relative. Nous allons maintenant essayer d'établir le degré de cette relativité.

D'après tout ce qui précède, il est aisé de voir que les dystrophies dentaires sont plutôt rares chez les enfants non hérédospécifiques. MM. Hallopeau et Edmond Fournier l'affirment très nettement. « Sur l'en-« semble de tous les enfants que nous avons examinés,. « nous avons noté cinquante-deux fois cette atrophie « systématisée: nous avons trouvé quatorze fois, c'est-« à-dire dans le tiers des cas, la syphilis héréditaire « d'une façon certaine; dans cinq autres cas, elle était « plus que suspecte, et on pouvait la considérer comme « très vraisemblable dans nombre d'autres. »

Quant à leur fréquence chez les enfants que nous avons examinés, elle varie selon les variétés de lésions. Une seule se trouve signalée dans toutes nos observations de seconde dentition et en proportion notable (onze fois sur dix-sept cas, soit 65 0 0) dans celles de la première dentition : c'est la dent d'Hutchinson. Nous pouvons par conséquent dire qu'elle est presque un signe pathognomonique de syphilis héréditaire.

« Si on me demandait, écrit Hutchinson, si, en l'ab-« sence d'antécédents du malade et de renseignements « d'anamnèse, on peut conclure quelque chose de l'état

« des dents, je répondrai sans hésitation « oui » dans « quelques cas. »

« Il y a des dents, et on les voit assez fréquemment, « si caractéristiques, que en l'absence d'autres faits, et « même en dépit d'eux, je me fais fort d'affirmer que « celui qui possède ces dents doit-être hérédosyphiliti- « que... Je veux parler des dents témoins, des incisives « médianes supérieures sur lesquelles seules il est plus « sûr de se baser : si elles sont typiques, cela suffit ; « tandis que si elles ne le sont pas, aucune des autres « particularités ne peut justifier le diagnostic. »

Nos observations corroborent pleinement ces assertions de l'auteur anglais. Elles montrent que les ulcérations dentaires autres que la dent d'Hutchinson n'ont qu'une valeur diagnostique très relative ; exception doit être faite pourtant en faveur d'atrophies cuspidiennes systématisées que nous avons observées très fréquemment, et spécialement l'érosion de la première grosse molaire ou dent de six ans.

Ces variétés de malformations et de lésions dystrophiques ont cependant une importance diagnostique très grande et sur laquelle nous tenons à insister à la fin de cette étude.

Sans que l'on ait le droit de conclure d'emblée, dès leur constatation, à l'hérédospécifité de l'enfant, on doit toujours en avoir le soupçon lorsque l'on se trouve en présence d'une dentition en très mauvais état, cariée, mal développée, présentant des altérations analogues à celles que nous avons décrites. Si la dent d'Hutchinson manque, il ne faut pas abandonner l'examen du

reste de la dentition ni l'hypothèse de syphilis héréditaire que l'érosion en coup d'ongle aurait confirmée. Le médecin doit au contraire regarder avec soin les caractères présentés par les autres dents: avec un peu d'attention il arrivera peut-être à remarquer des altérations systématisées, des érosions siégeant à une même place sur deux dents homologues, des sillons horizontaux superposés et parallèles coupant transversalement à un même niveau plusieurs incisives: ou bien, plus simplement, une légère tache de l'émail située symétriquement sur deux incisives médianes, ou bien une échancrure, une brèche, un sillon circulaire circonscrivant le sommet d'une canine, etc...

En possession de plusieurs de ces petits signes, qui, nous l'avons vu, ne sont pas pathognomoniques par eux seuls, le clinicien, ayant désormais dans l'esprit l'idée d'une syphilis possible, sera conduit, tout naturellement, à en rechercher les dystrophies générales concomitantes aux altérations dentaires : il sera frappé par l'ogivité de la voûte palatine, par l'apparence fendillée, fissurée, l'aspect scrotal de la langue; par des cicatrices blanchâtres, nacrées, profondes, sur le menton, les lèvres, les commissures labiales, par la teinte cendrée, bistrée de la peau tout autour du nez et de la bouche. Il recherchera enfin tous les autres stigmates : le nez en lorgnette, le crâne natiforme, la kératite, la surdité. Il examinera le foie, le testicule, la peau, l'anus... Et pendant ce temps il interrogera les parents sur les antécédents héréditaires, la santé des autres enfants, les grossesses antérieures, les fausses couches...

Toutes ces constatations se font très rapidement comme par un véritable déclanchement de l'esprit, mis en jeu, souvent par la simple observation d'une lésion des dents. Et cette enquête aurait très bien pu même ne pas être commencée si le défaut de développement, le vice de conformation dentaire avaient passé inaperçus.

Nous avons été très fréquemment témoin de ce fait à la consultation du mardi de M. le Dr Comby, et c'est ainsi que nous avons recueilli les observations de cette thèse. Les enfants sont conduits à l'hôpital par leurs parents pour des maladies courantes, banales, quelquefois de simples malaises ; nous relevons dans nos observations les cas suivants : bronchite, rhino-pharyngite, vulvo-vaginite, dyspepsie, diarrhée, toux coqueluchoïde, coryza, grippe, troubles nerveux ; l'enfant ne « profite pas », « ne vient pas bien » ; il n'augmente pas de poids. On voit que ces affections paraissent bien éloignées d'une étiologie spécifique et ne semblent pas du tout être accompagnées de troubles dentaires. Si pourtant, comme nous l'avons fait en vue de ces recherches, l'examen de la dentition de ces enfants est pratiqué systématiquement, il décèle des altérations dentaires qui, par l'automatisme intellectuel dont nous parlions tout à l'heure, font découvrir l'hérédosyphilis chez des enfants où on ne la soupçonnait pas et chez qui elle serait sûrement restée méconnue si l'on n'avait pas songé à inspecter les dents.

La notion de l'efficacité rapide du traitement mercuriel entrepris dès le début de la syphilis et suivi avec persévérance et rigueur, fera comprendre toute l'im-

portance diagnostique des altérations dentaires ; ces symptômes permettent, en effet, comme le prouvent nos observations cliniques, de dépister, de soigner à temps et de guérir la syphilis héréditaire même chez les enfants de la première dentition.

OBSERVATIONS

Première dentition: 17 observations; I et de IX à XXIV.

Seconde dentition: 10 observations; 7 (hérédosyphilis): de II à VIII. — 3 (rachitisme, chorée, maladies graves) XXV, XXVI, XXVII; détaillées dans l'étude de diagnostic.

Observation I. (*Personnelle.* Service de M. le Dr Comby).

Élise C..., 7 ans 1/2, Salle de Chaumont, lit n°4.

Diagnostic d'entrée à l'hôpital le 3 novembre 1905 : rigidité spasmodique des membres inférieurs. Par un examen plus approfondi on reconnaît que cette enfant est hérédosyphilitique. Les altérations dentaires très accusées font l'objet d'une communication de M. le Dr Comby à la Société de Pédiatrie (séance du 19 décembre 1905) : un mois auparavant, il nous avait conseillé de les examiner avec soin et de commencer par cette observation nos recherches cliniques pour cette thèse. Un moulage des dents a été fait par M. Jumelin mais n'a pu être rendu nettement par la photographie.

Examen de la dentition. — A noter tout d'abord la persistance

remarquable des dents temporaires, qui nous a fait ranger cette observation parmi celles de la première dentition malgré l'âge de l'enfant et l'éruption des premières grosses molaires.

Les dents sont en très mauvais état : carie, coloration jaune-noire. Microdontisme très accentué. Implantation irrégulière, chevauchement et convergence des dents. Les molaires, usées et cariées, ont la forme et la couleur de molaires de ruminants. Absence des canines inférieures.

Mâchoire supérieure. — Les incisives médianes sont convergentes vers leur bord libre. Sur la médiane gauche, l'érosion en croissant d'Hutchinson : échancrure à concavité inférieure si prononcée que le bord libre de la dent ne dépasse pas le rebord gingival. La médiane droite a sa face antérieure parcourue de sillons horizontaux; de plus, multiples incisures sur son bord libre. Les latérales droite et gauche sont petites, très usées: amorphisme en canines.

Les canines sont complètement usées, aplaties et cariées: atrophie cuspidienne.

Les prémolaires sont cariées, noirâtres.

Les molaires présentent une érosion cuspidienne très nette : chaque couronne ne présente plus que trois pointes sur sa face triturante dont la partie centrale est atrophiée. Elles semblent devoir se transformer en prémolaires.

Mâchoire inférieure. — Les canines font défaut : (aspect « en barre »). Les incisives, extrêmement petites, ne paraissent pas complètement poussées: atrophie sulciforme de leur couronne, formée par la superposition de trois sillons parallèles entre eux traversant horizontalement les quatre incisives à un même niveau (dents « en gradins »). Encoches du bord libre: (« dents en scie »).

Atrophie cuspidienne des prémolaires et molaires plus avan-

cée que sur les molaires supérieures : ici, les dents sont abrasées à fleur de couronne et cariées.

Antécédents héréditaires. — Père, 38 ans, buveur, nerveux. A des pituites matutinales. Serait très souvent malade. Pas d'autres renseignements.

Mère morte à l'âge de 34 ans: l'enfant avait alors 4 ans. Serait morte paralysée : aurait eu un ictus, une aphasie consécutive qui a duré quatre mois, puis pendant deux ans une hémiplégie de tout le côté droit (face et membres).

Avant le sujet de cette observation, la mère a eu deux enfants un mort-né à 6 mois, et un deuxième enfant né à terme mais qui n'a vécu que deux mois (serait mort de diarrhée).

Antécédents personnels. — Née à terme. Accouchement très difficile : présentation de l'épaule. Asphyxie à la naissance. Nourrie au sein par sa mère jusqu'à 16 mois.

Première dent très tardive. A marché à 2 ans 1/2 : la marche a toujours été défectueuse : dès la naissance, et plus particulièrement depuis le moment où l'enfant aurait dû commencer à marcher, on s'est aperçu qu'elle présentait une grande faiblesse des jambes. On la conduit à l'hôpital parce qu'elle ne peut pas marcher.

N'a pas eu d'autre maladie infectieuse qu'une rougeole bénigne.

Au point de vue intellectuel, l'enfant a toujours été très en retard : elle ne sait ni lire ni écrire : elle est cependant allée à l'école.

État actuel (4 novembre 1905). — État psychique très inférieur : l'enfant comprend cependant ce qu'on lui demande mais est très irritable, crie et pleure très facilement.

N'est pas idiote. Déformation crânienne : crâne natiforme.

A l'examen de la motilité, on remarque : aux membres supérieurs, une maladresse notable mais pas d'athétose ; et aux membres inférieurs une contracture peu accusée. Syndrome de Litlle : la marche est possible mais l'enfant trébuche et tomberait si elle ne se soutenait pas ou si on ne la tenait pas. Elle lance un peu ses pieds en avant, ne talonne pas beaucoup, mais frotte légèrement.

La force musculaire est amoindrie.

Les réflexes patellaires sont exagérés en brusquerie mais pas en étendue. Le réflexe de Babinski n'existe pas : pas de clonus du pied. Le réflexe pharyngé existe.

La sensibilité est normale dans tous ses modes.

Pas de déformations osseuses. Les articulations présentent une grande laxité.

La langue est dépouillée : on y remarque des sillons longitudinaux et transversaux, elle est fissurée, plicaturée. Tendance scrotale.

Lésions oculaires. — Inégalité pupillaire : la pupille droite est plus grande que la gauche.

Signe d'Argyll Robertson nettement positif.

M. le Dr Rochon-Duvignaud examine le fond de l'œil et exprime ainsi ses observations :

« Très belles lésions congénitales (épithélium pigmentaire) : « dans toute l'étendue des deux rétines, le pigment qui sépare « la rétine de la choroïde a subi des altérations très manifestes ; « il dessine un gros granité noirâtre qui constelle le fond de « l'œil d'une infinité de petites taches pigmentaires du volume « d'un point à celui d'un grain de petit plomb. Çà et là, quel- « ques amas pigmentaires arrondis ayant une grandeur appa- « rente de 1 à 2 millimètres de diamètre. Entre les amas pig-

« mentaires gros ou petits, la choroïde apparaît plus ou moins « à nu en taches plus claires que le fond d'œil normal. Elle « même ne paraît pas atrophiée. Papille blanc-bleuâtre. Les « vaisseaux sont normaux. Pas de troubles du vitré. En résumé, « les lésions me paraissent porter essentiellement sur l'épithé- « lium pigmentaire (ce qui implique des altérations concomi- « tantes des cônes et bâtonnets) et sur le tissu papillaire. Chose « curieuse : au contraire de ce qui a lieu dans la syphilis ac- « quise, il n'y a pas de troubles du vitré ni de lésions vascu- « laires.

« Il s'agit là d'une affection éteinte, qui ne me paraît pas « évoluer. »

Diagnostic. — On fait le diagnostic de syphilis héréditaire tardive se manifestant par des lésions dentaires caractéristiques, des troubles nerveux (sclérose cérébrale), l'aspect scrotal de la langue, la déformation natiforme du crâne, et des lésions congénitales de l'épithélium pigmentaire des deux rétines.

Observation II

(*Personnelle*, prise dans le service de M le Pr Hutinel.)

Marie B..., 15 ans 1/2. Seconde dentition.

Examen de la dentition. — Les dents sont pour la plupart en très mauvais état; elles présentent une coloration jaune-noirâtre et paraissent libérées de leur collerette gingivale qui a un aspect fongueux et sanieux. La bouche exhale une odeur fétide repoussante. Les deux arcades dentaires mises en contact par leurs extrémités postérieures laissent entre elles, à la partie antérieure, un espace vide ovalaire qui tient à la différence de niveau de

l'implantation des dents sur chaque maxillaire et à l'usure de leur extrémité libre.

Les molaires supérieures et inférieures du côté droit et du côté gauche sont toutes complètement cariées et semblent coupées au ras du rebord de la gencive : la surface de section ainsi produite n'est pas plane mais excavée à son centre qui est d'une couleur brun foncé.

Les deux canines de la mâchoire supérieure ont leur sommet écuspidé ; la pointe est remplacée par un petit plateau linéaire dépourvu d'émail; elles font, de plus, fortement saillie par leur face antérieure qui avance en forme de carène.

L'incisive latérale supérieure droite est implantée bien en avant de la médiane droite qui lui est contiguë, mais n'offre pas d'autre particularité. L'incisive médiane droite est fortement en retrait sur la précédente et son émergence de la gencive est à un niveau plus élevé; sa face antérieure est taillée en biseau, d'avant en arrière et de haut en bas, très amincie à son bord libre qui est dirigé vers l'intérieur de la cavité buccale ; l'émail fait défaut sur les trois quarts de son étendue: la dent paraît à cet endroit usée, limée, et a une teinte grisâtre qui est surtout accentuée à la partie médiane du bord libre en une tache sombre de forme demi-circulaire, limitée par un contour curviligne, en coup d'ongle: il est à présumer que cette portion est bien près de s'effriter peu à peu et de laisser, en disparaissant, une érosion semi-lunaire caractéristique. L'examen de cette dent montre donc très nettement le mécanisme par lequel se constitue la dent d'Hutchinson.

L'incisive médiane supérieure gauche présente le même aspect mais elle est moins inclinée dans le sens antéro-postérieur : elle est implantée plus haut encore que sa voisine, elle est plus large

que haute ; la teinte grise de la surface libre est plus prononcée que sur son homologue et vire même au vert sale ; elle est en grande partie dépourvue d'émail, mais l'érosion est moins avancée et n'atteint pas encore le bord libre.

L'incisive latérale gauche semble aplatie : ses angles sont arrondis ; ses bords latéraux sont convergents vers leur implantation gingivale dont la largeur est environ moitié moindre que celle du bord libre.

Ce qui frappe tout de suite dès l'examen de la mâchoire inférieure, c'est un microdontisme très marqué surtout des incisives et en particulier de la médiane gauche. Les dents ont une coloration jaune-noirâtre, sont rapetissées, de taille différente, et écartées les unes des autres. Leurs bords libres sont obliques et inclinés en divers sens ; ils sont amincis et présentent des crénelures, des dentelures qui, sur chaque incisive, sont au nombre de deux et isolent ainsi entre elles trois petits bourgeons.

On remarque, sur la face antérieure de la couronne des deux incisives médianes, deux sillons horizontaux très accusés, assez profonds, placés au même niveau, parallèles entre eux et distants d'environ un millimètre ; ils semblent étrangler le corps de la dent dont l'aspect est tout différent au-dessus et au-dessous d'eux : tandis que la base est presque saine et revêtue d'émail, la partie supérieure est creusée inégalement, érodée et de coloration presque noirâtre. L'incisive latérale gauche est plus volumineuse, plus haute que la latérale droite et les médianes : amorphisme en canine.

Etat général. — L'enfant est petite pour son âge, non encore réglée. Le crâne est plutôt aplati, le front bas, avec deux bosses frontales proéminentes (crâne natiforme). Le nez a sa racine affaissée en lorgnette. Dans les deux sillons naso-géniens on voit

plusieurs cicatrices nacrées, provenant, dit l'enfant, d'une « gourme » qu'elle aurait eue à l'âge de 8 ans, mais qui sont plus vraisemblablement des reliquats de syphilides. Rien aux lèvres. Nasonnement de la parole. Perforation de la cloison nasale s'étendant à la voûte palatine qui est très ogivale : de plus, les deux moitiés du maxillaire sont très inégales. La langue a l'aspect scrotal : elle est dépouillée en grande partie de son épithélium et parcourue en tous sens de sillons transversaux, de fissures mamelonnant la face dorsale. Surdité à droite depuis l'enfance : audition imparfaite à gauche. Les deux yeux, surtout le droit, sont atteints de kératite interstitielle : teinte blanchâtre, nuageuse ; taies empiétant largement sur le champ visuel de l'œil droit, punctiformes sur l'œil gauche.

La malade présente donc au complet la triade d'Hutchinson Aucun stigmate de rachitisme.

Par un examen ultérieur, nous observons chez cette enfant une hémiplégie et une rigidité spasmodique de tout le côté droit. Démarche hélicopode, en fauchant. Mouvements athétosiques très accusés. Tendance du pied droit à déformation en pied bot varus équin. Incurvation des tibias par ostéophytes.

Antécédents héréditaires. — L'enfant ne donne que des renseignements vagues sur ses parents : son père serait mort de méningite tuberculeuse ; sa mère, de suite de couches. Mais elle sait qu'elle a eu quatre frères et sœurs dont aucun n'est vivant : deux sont mort-nés ; les deux autres ont succombé à l'âge de 6 et 8 mois.

Observation III

(prise à la consultation de M. le Dr Comby.)

Jeanne B..., 9 ans. Seconde dentition.

Dentition (voir photographie). — Les deux canines de la mâchoire supérieure, les prémolaires et les molaires sont toutes cariées et sont réduites à l'état de chicots noirâtres, pointus, presque informes. Les autres dents, principalement à la mâchoire inférieure, sont de petites dimensions.

Les deux incisives médianes supérieures sont séparées l'une de l'autre par un bourgeon gingival rougeâtre. Celle de gauche présente, au niveau de son tiers inférieur, un sillon noirâtre, très visible sur la photographie, et parcourant transversalement la face antérieure de la dent ; au-dessous de lui, le revêtement d'émail n'existe presque plus, la dentine est à nu : elle apparaît, sous forme d'une tache grisâtre située exactement à la partie médiane du bord libre et circonscrite en haut par une ligne demi-circulaire. Ce point grisâtre peut de même être distingué, à la même place, sur l'incisive médiane droite qui n'offre pas de sillon horizontal ; mais, sur le bord libre, on remarque deux légères petites incisures limitant précisément en bas les côtés de la portion dentaire érodée en demi-cercle, portion qui, plus tard, s'usera complètement : l'incisive présentera alors l'échancrure semi-lunaire de Hutchinson, encadrée par les deux tubercules de dent saine qui, sur la photographie, tranchent nettement par leur éclat sur le tiers moyen malade.

L'incisive latérale supérieure droite a son bord libre coupé de deux incisures peu profondes dont l'une, en dedans, est à peine

visible. La latérale gauche a des angles arrondis et manifeste une certaine tendance d'amorphisme en canine.

A la mâchoire inférieure, les canines sont noires, écuspidées, amoindries dans toutes leurs dimensions : elles ont complètement perdu leur forme normale. Les incisives latérales semblent avoir un volume exagéré quand on les compare aux médianes dont le microdontisme est frappant. La face antérieure de l'incisive latérale gauche paraît aplatie d'avant en arrière, amincie surtout dans le voisinage du bord libre qui, au lieu d'être horizontal, est courbe et incliné dans sa partie externe : il est aussi plus large que la base d'émergence de la dent; à peu près à 1 mm. 1/2 au-dessous de lui est un sillon transversal.

L'incisive médiane inférieure gauche a sa portion supérieure, voisine du bord libre, usée et parcourue par un sillon qui semble être la continuation du précédent. Ses angles sont très accusés et normaux : ils font contraste avec ceux de la médiane droite qui sont arrondis.

État général. — La physionomie de cette enfant est typique (voir photographie) comme faciès hérédosyphilitique. On est frappé en la regardant par son expression triste, misérable, souffreteuse et vieillote. Le front est saillant, spécialement la bosse droite, le crâne aplati, natiforme. L'affaissement de la base du nez en lorgnette est très marqué et la dépression ainsi formée se continue avec celle que rend très apparente la proéminence des bosses frontales.

Les deux yeux présentent un début de kératite interstitielle ; les milieux de l'œil sont troubles, opalins ; le champ visuel est rétréci des deux côtés.

On peut enfin noter des fissures labiales et mentonnières indélébiles et profondes, les « ragades » caractéristiques d'hérédo-

Faciès hérédo-syphilitique.

Dents hérédo-syphilitiques

syphilis. Les deux plus importantes siègent exactement au menton : l'une, verticale, dans le pli qui sépare les deux muscles houppe du menton ; l'autre, à droite, oblique de dedans en dehors et de haut en bas, plus près de la lèvre inférieure, et se continue plus loin sur le rebord maxillaire par une cicatrice presque punctiforme séparée de la première par un pont de peau saine. Au-dessus de la moitié gauche de la lèvre supérieure se voit une cicatrice semblable mais de peu d'étendue.

Le reste du corps et du squelette de la malade répond comme insuffisance de développement à la dystrophie crânienne. L'enfant est chétive, très amaigrie mais n'est pas rachitique ; d'autre part, son habitus extérieur et sa physionomie disent seuls sa nonchalance et le peu d'activité de ses fonctions cérébrales.

Antécédents héréditaires. — Cette enfant ne sait rien de ses parents, morts depuis longtemps et qu'elle n'a pas connus. D'après les renseignements obtenus auprès des personnes qui l'ont recueillie, il paraîtrait « que son père était un homme de mauvaise vie et atteint d'une maladie vénérienne ».

Impossible de faire une enquête plus approfondie.

Observation IV

(*Personnelle*, relevée à la consultation de l'hôpital Trousseau).

Henriette S... 11 ans 1/2. Seconde dentition.

Examen de la dentition. — Microdontisme très prononcé sur toutes les dents de la mâchoire supérieure, principalement aux canines qui sont beaucoup plus petites que les incisives.

Les molaires sont totalement cariées, comme abrasées, sauf pourtant la première inférieure droite qui offre l'aspect d'une

dent petite, irrégulière, jaunâtre, implantée dans une autre saine, de coloration blanc nacré. Le moignon supérieur semble avoir été corrodé, réduit ainsi à l'état de chicot pointu par l'envahissement progressif du sillon circulaire profond qui le sépare de la portion inférieure de la dent.

Les canines supérieures sont très diminuées de volume : la surface libre de leur couronne est finement dentelée et coupée de légères incisures, dirigées obliquement de dehors en dedans du côté de la ligne médiane ; il y en a deux sur la canine gauche et une seule sur la droite.

Les incisives médianes, plus petites que les latérales qui ne présentent rien de particulier, sont espacées l'une de l'autre : sur la partie moyenne de leur bord libre, échancrure semi-lunaire en coup d'ongle, plus nette sur l'incisive gauche.

Les dents de la mâchoire inférieure sont de taille presque normale. Les deux incisives médianes et la latérale gauche n'atteignent cependant pas le niveau de la latérale droite : leur extrémité libre est très amincie, taillée en biseau aux dépens de la face antérieure à partir d'un sillon transversal qui débute à un même niveau sur les trois incisives. La partie usée, dépourvue d'émail, est plus large que le reste de la dent. Le bord libre des incisives médiane et latérale gauches présente quelques crénelures peu accentuées. La couronne de l'incisive médiane droite est creusée d'une petite excavation de couleur gris sale (érosion dite en godet).

État général. — Triade d'Hutchinson : kératite double déjà très avancée ; surdité presque absolue des deux oreilles. Crâne natiforme, nez en lorgnette, voûte palatine ogivale. L'enfant comprend à peine ce qu'on lui dit et ne répond à ce qu'on lui demande que par signes ou bégaiement pénible. Parole difficile,

mal articulée. L'intelligence paraît peu développée : la malade est incapable de s'occuper elle-même des soins de sa personne et doit être guidée pour le moindre de ses actes.

Elle est venue à l'hôpital Trousseau d'abord comme malade (ostéites multiples suppurées de nature syphilitique) puis comme consultante pour suivre un traitement mercuriel prolongé : injections intra-musculaires d'huile grise.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique et syphilitique de longue date, mort à 49 ans pendant le cours d'une crise d'angine de poitrine.

Mère morte à l'âge de 43 ans de néphrite. Aurait été contaminée par son mari et n'aurait eu l'enfant, objet de cette observation, qu'après quatre fausses couches successives et grâce à un traitement antisyphilitique, suivi pendant le cours de sa dernière grossesse.

Observation V

(*Personnelle*. Service de M. le Dr Comby).

Georges L..., 9 ans. Seconde dentition. Salle de Chaumont, lit nº 29.

Enfant hydrocéphale de naissance. Entré d'urgence à l'hôpital des Enfants-Malades où en six jours il meurt de méningite.

État de la dentition. — Dents remarquablement petites, mal implantées et cariées. Gencives ulcérées, sanieuses, grisâtres. Bouche fétide.

Deux dents d'Hutchinson : incisives médianes supérieures. Érosion en forme de brèche angulaire de la canine supérieure

droite. Les incisives latérales sont fortement en retrait des médianes.

A la mâchoire inférieure, sillon transversal double sur la couronne érodée, limée, des incisives. Persistance des canines et de l'incisive latérale droite de la première dentition. La première molaire du côté gauche présente une surface triturante rugueuse, irrégulière, creusée d'érosions profondes.

État général. — Très précaire : enfant extrêmement amaigri, pour ainsi dire réduit à l'état de squelette; atrophie considérable de toutes les masses musculaires. Tête volumineuse, mesurant 38 centimètres de circonférence. Muguet buccal. Symptômes de méningite, signe de Kernig, fièvre...

Antécédents personnels. — Né avant terme, à 7 mois : ne pesait que 1300 grammes. Élevé en couveuse. La mère ne l'a nourri au sein que pendant onze jours ; elle l'a mis ensuite à l'allaitement mixte ; mais l'enfant ne digérant pas le lait de vache, elle le confie à des nourrices successives dont aucune ne voulut poursuivre l'allaitement pendant plus de huit jours « pour des raisons d'intérêt », dit la mère. Celle-ci, ne le voyant pas « profiter » l'apporte, en mars 1898, à la consultation, âgé de 4 mois : on note du coryza, des plaques muqueuses et des éléments papulo-érosifs autour de l'anus. Le foie et la rate sont augmentés de volume; le testicule gauche et le corps de l'épidydime correspondants sont fortement indurés et lisses. Facies bistré, type des hérédospécifiques; les yeux sont larmoyants. De temps en temps, spasmes de la glotte. Le crâne est énorme : hydrocéphalie congénitale; alopécie presque complète; réseau veineux très apparent. Les fontanelles antérieure et postérieure, les fontanelles accessoires et les sutures sont notablement élargies et forment voussure. L'excès du liquide céphalo-rachidien est tel qu'il

forme à la partie moyenne du front une bosse saillante comparable à une exostose. Hyperostose des bossés pariétales. On ordonne le traitement mercuriel.

Antécédents héréditaires. — Malgré les dires des parents qui nient toute contamination on relève deux fausses couches successives, sans autre enfant. Et en 1898 la mère aurait présenté, à la partie postérieure des fesses et des cuisses, diverses érosions cutanées de couleur fauve, accompagnées de desquamation pityriasiforme non sans analogie avec la roséole.

Observations VI et VII

(*Personnelles.* Consultation de M. le Dr Comby).

Louis et Robert P..., 8 ans. Jumeaux. Seconde dentition.

Examen de la dentition. — Très mauvaise chez les deux enfants. Dents d'Hutchinson.

Louis. — *Mâchoire supérieure.* — Microdontisme : dents cariées, écartées les unes des autres. Canines saines mais écuspidées : d'où amorphine en incisives. Les incisives ont toutes un bord libre plus large que la base d'émergence ; les bords latéraux, érodés et cariés, sont obliques de haut en bas. Les incisives médianes convergent et se touchent même par leur extrémité ; à la partie moyenne de la médiane droite, échancrure en coup d'ongle. Les incisives latérales très usées, surtout la gauche, ressemblent à des chicots noirs ; la droite a une forme prismatique rectangulaire (dent « en touche de piano »). Molaires cariées.

Mâchoire inférieure. — Molaires complètement cariées. Canines saines de même qu'incisives latérales. Les incisives

médianes sont en retrait, la droite en arrière de la gauche qui est elle-même plus petite ; toutes deux, et la latérale gauche ont leur bord libre dentelé de festons très fins (dents en scie) et présentent des sillons transversaux.

Robert. — *Mâchoire supérieure.* — Canines écuspidées : bord libre en plateau horizontal. Incisives latérales absentes, ou plutôt remplacées par des chicots noirs, sanieux, paraissant enfoncés profondément dans la gencive tuméfiée. L'incisive médiane gauche a un bord latéral érodé, excavé : d'où convergence vers le haut avec l'autre bord latéral. Sur bord libre d'incisive médiane droite, érosion d'Hutchinson.

Mâchoire inférieure. — Microdontisme. Érosion sulciforme de la canine droite au pourtour de la pointe ; canine gauche : amorphisme en incisive. Incisives latérales ayant une forme prismatique, beaucoup plus hautes que larges. Incisives médianes en retrait, surtout la gauche ; la droite est plus petite et sur un plan antérieur. Bords libres en scie.

Antécédents. — Ces deux jumeaux ont une petite taille pour leur âge : Robert a le nez aplati en lorgnette, le crâne natiforme. Louis est très dur d'oreille et a des taies blanchâtres sur les deux cornées. Ils ont été élevés au sein, n'ont pas eu de maladies graves ; ils ont marché très tard ; leurs premières dents ont poussé à 10 mois et 11 mois et gâtées.

Les parents sont cheminaux ; le père avoue franchement une vérole ancienne et présente une iritis à l'œil gauche : alopécie, céphalalgie nocturne, ostéite gommeuse du tibia droit. La mère a fait six grossesses, est enceinte de nouveau présentement et approche du terme : enfant aîné 15 ans, bien portant ; puis deux fausses couches de quatre mois et demi avant les jumeaux qui sont nés à huit mois. Cinquième grossesse : enfant né à

terme, mort à 3 semaines de coryza et convulsions. Sixième enfant : fille bien portante, née à terme, âgée de 5 ans.

Observation VIII

(*Personnelle.* Consultation de M. le Dr Comby).

Paul H..., 11 ans. Seconde dentition.

Frère de Raymond H... (observation XXIII).

Examen des dents. — On remarque à la mâchoire supérieure deux incisives médianes de dimensions normales mais implantées obliquement et convergentes. La gauche chevauche même sur la droite : de plus, elle présente, à la partie moyenne de sa couronne, une érosion de couleur grisâtre, à contour circulaire supérieur, et légèrement échancrée sur le bord libre : dent d'Hutchinson non complètement échancrée. Sur la droite, l'émail est aussi usé mais en sens transversal, près du rebord gingival : érosion peu profonde, cupuliforme.

Les deux incisives latérales sont absentes ; celles de la première dentition sont tombées mais n'ont pas encore été remplacées, et les temporaires n'auront pas assez de place pour pousser. Les canines sont plutôt petites, bien moins développées que les incisives ; celle du côté droit présente sur la surface libre de la couronne une érosion sulciforme assez marquée qui rappelle le coup d'ongle spécifique.

La mâchoire inférieure porte de très petites dents espacées : les incisives sont toutes érodées à des niveaux correspondants et à une profondeur variable selon chaque plan limité par des sillons horizontaux parallèles plus ou moins profonds ; dents en

escaliers. Persistance des incisives latérales et des canines de la dentition de lait. Érosions multiples de la surface triturante de la première grosse molaire gauche.

État général. — Enfant chétif, peu développé pour son âge ; apprend très difficilement à l'école ; intelligence peu ouverte ; rit et pleure sans raison. Saillie du front très prononcée, mais pas de crâne natiforme. Nez normal, base non aplatie. Ragades labiales très accentuées et langue scrotale. Pas de rachitisme. Aurait marché seulement à 2 ans. Première dent très tardive

Antécédents héréditaires. — Le père serait bien portant. La mère a été neuf fois enceinte ; quatre enfants vivants encore, quatre fausses couches, et un enfant mort à 10 mois. Voici la succession et la terminaison de ces grossesses :

1° Enfant : né à terme, âgé actuellement de 12 ans 1/2.

2° Enfant : Paul, 11 ans, sujet de cette observation.

Depuis cette grossesse, la mère perd ses dents qui, aujourd'hui, sont mal implantées, cariées ou cassées ; plusieurs seraient alors tombées spontanément.

3° Enfant : bien portant, a 7 ans 1/2.

4° Une fausse couche de trois mois et demi ; la mère s'aperçoit qu'elle perd ses cheveux, souffre de la gorge et de la tête surtout la nuit.

5° Enfant : Raymond, 6 ans (observation XXIII).

6°, 7°, 8° Trois fausses couches successives de quatre ou cinq mois.

9° Enfant, âgé aujourd'hui de 10 mois, qui serait en bonne santé.

La mère ignore la date de l'accident primitif.

Observation IX

(*Personnelle.* Consultation de M. le Dr Comby.)

Marcelle D..., 2 ans. Première dentition.

Enfant suivie à la consultation de M. le Dr Comby depuis l'âge de 2 mois 1/2.

Le 18 mai 1905, la mère l'apporte pour la première fois à l'hôpital et vient consulter pour une éruption cutanée qui a débuté sur le corps de l'enfant il y a une quinzaine de jours. On remarque, en effet, au niveau des fesses, de petites érosions érythémateuses ; rien au niveau de l'anus ; sur les membres, des taches morbilliformes de teinte fauve avec un peu de desquamation, ayant l'aspect de syphilides maculo-squameuses ; on note des pustules au niveau de la plante des pieds.

Le foie est énorme, lisse, arrive jusqu'à l'ombilic ; la rate est un peu grosse. Pas d'adénopathie notable. L'embonpoint est normal. L'enfant pèse 5 kilos.

Le facies présente le masque hérédosyphilitique, c'est-à-dire un teint mat, bistré avec la coloration cendrée caractéristique de la peau qui entoure les orifices naturels et surtout appare nte lorsque l'enfant pleure. Coryza. La tête est bien conformée. Pas de craniotabes.

Antécédents personnels. — Enfant né à terme, pesant 7 livres à sa naissance. Grossesse normale, accouchement naturel. Nourri par sa mère qui est bonne nourrice et sait régler l'allaitement. Aucun accident dans les deux premiers mois.

Antécédents héréditaires. — Confirment le diagnostic porté d'hérédosyphilis.

Le père, 28 ans, serait maigre, peu vigoureux mais n'aurait pas eu la syphilis.

La mère, 23 ans, est bien portante, robuste. N'aurait eu à aucun moment ni éruption ni stigmates suspects. Il y a quatre ans, accouchement prématuré à huit mois : l'enfant meurt quinze jours après sa naissance.

Le deuxième enfant est une fille née à terme mais ayant eu à sa naissance du coryza, des érosions anales et du pemphigus plantaire : âgée actuellement de 18 mois ; a été soignée dès les premières semaines par des frictions mercurielles et du sirop de Gibert.

Le troisième enfant est celui que nous observons et qui est mis au traitement mercuriel.

Il revient à la consultation du 1er *juin* 1905, amélioré ; le coryza est moins accusé, le foie un peu moins gros, la rate encore ; les érosions des fesses commencent à disparaître.

Le 8 novembre 1906. — L'enfant est dans un état très satisfaisant ; il va bientôt avoir deux ans. Le traitement mercuriel a été suivi régulièrement et sera encore continué pendant un an.

Le foie et la rate sont revenus à leur volume normal, les érosions cutanées ne sont plus visibles depuis longtemps.

Il y a cependant des lésions dentaires.

État de la dentition. — L'enfant possède 14 dents, 8 incisives, 4 prémolaires, 2 canines inférieures ; les supérieures manquent et ne pointent même pas. La première dent aurait fait éruption très tard, sans que la mère puisse mieux préciser.

Toutes ces dents frappent par leur coloration jaune-noirâtre, leurs dimensions exiguës et leur écartement les unes des autres ; aucun défaut d'implantation.

Deux dents types d'Hutchinson : érosion semi-lunaire en coup d'ongle à la partie moyenne de l'incisive médiane supé-

rieure gauche et de l'incisive médiane supérieure droite : la pulpe dentaire n'existe plus à ce niveau où l'on voit une échancrure complète.

De plus, érosion circulaire sur l'incisive latérale droite.

Les dents du maxillaire inférieur n'ont pas d'autre caractère à signaler que leur microdontisme.

Observation X

(*Personnelle.* Consultation de M. le Dr Comby)..

Roger M... 4 ans. Dentition temporaire complète. Rachitisme et syphilis.

Examen de la dentition. — Les incisives médianes supérieures ne présentent pas l'érosion en coup d'ongle d'Hutchinson ; mais elles sont très noires, à angles arrondis et usés ; elles sont presque soudées l'une à l'autre. Les incisives latérales sont beaucoup plus petites qu'elles et qu'à l'état normal.

Sur les deux canines supérieures qui sont presque réduites à des chicots noirs et cariés on voit des érosions très profondes attaquant principalement le bord latéral interne.

Rien sur la mâchoire inférieure dont les dents sont petites mais saines.

Antécédents personnels. — Né à terme. Première dent à 8 mois. Élevé au sein par sa mère qui, dès sa naissance, a remarqué un coryza persistant mais aucune éruption. Elle l'apporte à la consultation *à l'âge de* 13 *mois*, le 2 *octobre* 1903, parce qu'elle trouve que son enfant a maigri beaucoup depuis trois mois.

A l'examen, on remarque que le crâne est très volumineux,

le front olympien; il existe de chaque côté une dépression assez large au niveau de la partie moyenne du crâne, qui est très allongé d'avant en arrière; l'occipital est volumineux, la circulation veineuse du cuir chevelu est excessivement développée. Il existe une autre déformation rachitique de la colonne vertébrale et un chapelet costal très accusé. Aucune éruption cutanée. Le foie et la rate sont volumineux. La coloration de la peau rappelle celle des myxœdémateux. Les ganglions lymphatiques de l'aine et du cou sont hypertrophiés.

On institue le traitement antisyphilitique.

15 *octobre* (l'enfant a 13 mois). — A peu près le même état, mais la mère remarque que l'enfant est plus gai, plus éveillé. On note six dents à peine sorties, d'une couleur foncée. Poids de l'enfant : 6 kilogrammes.

30 *octobre* 1903. — Même état. Sept dents,

11 *décembre*. — Très notable amélioration. Poids : 7 kg. 250. L'enfant paraît plus fort quoique sevré depuis quinze jours. Les veines de la tête sont moins apparentes. Onze dents noirâtres.

25 *février* 1904 (l'enfant a 17 mois). — De mieux en mieux. La tête n'est plus augmentée de volume ; on ne craint plus l'hydrocéphalie. quatorze dents. Léger génu valgum double. La peau a un aspect à peu près normal.

16 *juin* 1904 (l'enfant a 21 mois). — Dix-huit dents. Crâne natiforme. La rate est grosse. Le poids de l'enfant a peu augmenté : 8 kg. 860.

20 *octobre* 1904 (l'enfant a 2 ans et 1 mois). — Vingt dents. Poids : 11 kilogrammes. Fontanelle très diminuée. Crâne natiforme. Peau normale. L'enfant commence à marcher et paraît intelligent.

15 *juin* 1905 (l'enfant a 2 ans et 9 mois). — Enfant très

fort, très vigoureux, intelligent. Les bosses crâniennes persistent mais il n'y a plus de circulation veineuse collatérale. La peau des membres inférieurs est marbrée. Dents cariées (il est regrettable que l'examen des dents ait été fait si brièvement).

1er *février* 1906. — L'enfant a près de 4 ans. Sa dentition est complète et présente les caractères signalés au début de l'observation. Malgré ces lésions et un crâne remarquablement natiforme, il a un état général assez bon ; il mesure 95 centimètres et pèse 14 kg. 500. La peau des membres inférieurs présente toujours des marbrures très accentuées.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère seraient bien portants, et n'avouent pas avoir eu la syphilis. Cependant les deux grossesses précédentes de la mère se sont terminées : la première par un accouchement avant terme : enfant né à 8 mois, ayant vécu vingt-deux jours et mort de convulsions ; la seconde par un nouvel accouchement prématuré de 7 mois : enfant mort.

Observation XI

(*Personnelle.* Service de M. le Dr Comby).

Marcelle V..., 3 ans 1/2. Première dentition. Deux dents d'Hutchinson types.

État des dents (12 *juillet* 1906). — Les dents sont pour la plupart cariées, jaune-noirâtres. Les prémolaires semblent sectionnées au ras de la gencive qui forme tout autour un rebord tuméfié et sanieux.

Les incisives médianes supérieures présentent chacune à la partie moyenne de leur bord libre, une érosion semi-lunaire profonde : très belles dents d'Hutchinson. On voit sur l'incisive

latérale gauche une érosion presque semblable mais moins nettement demi-circulaire.

Sillons horizontaux superposés parallèlement à un même niveau sur les quatre incisives inférieures dont les bords latéraux sont convergents vers leur racine. Amorphisme de la latérale droite en canine. Microdontisme.

Antecédents personnels. — Enfant née à terme ; nourrie par sa mère, d'abord exclusivement au sein puis, faute de lait, au biberon avec lait stérilisé ; allaitement bien réglé. Pourtant, troubles digestifs ; vomissements et diarrhée verte qui obligent la mère à venir consulter le 17 *février* 1903. L'enfant, âgée alors de 2 mois 1/2, est atteinte d'un coryza qui, d'après la mère, date de la naissance ; le nez coule abondamment, et la respiration est très bruyante. Le nez est enfoncé, les orifices des narines sont dirigés horizontalement. On relève des signes de craniotabes à la partie postérieure du crâne, principalement sur l'occipital gauche. Sur le corps on constate des traces d'éruption de coloration jambonnée, surtout visibles à la face postérieure des jambes et des cuisses ; peu d'éléments aux fesses. Le traitement spécifique est institué.

Le 10 *mars et le* 21 *juillet* 1903. — L'enfant revient très améliorée. Plus de traces d'éruption ni de craniotabes. Coryza guéri. Embonpoint excessif.

Le 3 *mai* 1904 (l'enfant a 16 mois). — On note un léger coryza : le facies ne présente pas d'autres caractères spécifiques qu'un affaissement de la base du nez et sa déformation en lorgnette.

La mère revient consulter le 19 *janvier* 1905 parce que l'enfant tousse : bronchite grippale peu grave. Reprise du traitement mercuriel.

Le 7 novembre 1905 (l'enfant est âgée de près de 3 ans). — Nouvelle consultation pour douleurs vagues dans la tête : état général très satisfaisant. On remarque pour la première fois la carie des dents et les érosions des incisives décrites au début de l'observation.

Antécédents héréditaires. — Père, 27 ans, bien portant, non éthylique. Mère, 30 ans ; enquête négative au point de vue syphilis. Ils n'ont pas eu d'autres enfants. Pas de fausses couches.

Observation XII

(*Personnelle.* Consultation de M. le Dr Comby).

Germaine P..., 2 ans. Première dentition. Hydrocéphalie congénitale.

Dentition. — Quinze dents: il n'y a que trois prémolaires, les deux supérieures et l'inférieure gauche : intactes. Les dents de la mâchoire inférieure sont toutes très petites, espacées les unes des autres et noirâtres.

Les incisives médianes supérieures sont d'une taille exagérée (dents géantes), comparées aux incisives latérales adjacentes ; sur le bord libre de la médiane gauche, érosion d'Hutchinson très profonde ; les bords latéraux sont érodés et inclinés en dehors, convergents vers la gencive.

La canine droite inférieure est entaillée d'une encoche en forme de V, à ouverture dirigée en bas, empiétant sur le bord libre.

Antécédents personnels.— Née à terme, bien portante jusqu'à l'âge de 6 semaines ; alors, coryza, abcès multiples, pas d'érup-

tion ; l'enfant ne gagne pas en poids. La mère ne pouvant plus l'allaiter, lui donne le biberon et même l'alimente avec les farines lactées et la phosphatine ; malgré ce régime trop précoce, l'enfant n'a pas de troubles digestifs sensibles. Agé de 2 mois il est vu par un docteur qui aurait ordonné la liqueur de Van Swieten.

Il est apporté le 15 mars 1906 à la consultation des Enfants Malades parce que son crâne, qui était déjà volumineux à la naissance, augmentait encore depuis le mois de janvier. A l'examen, on constate en effet que la tête mesure 50 centimètres de circonférence; la fontanelle antérieure, extrêmement élargie, est tendue ; le doigt perçoit quelques battements. Les bosses frontales et pariétales font saillie en avant ; crâne natiforme. La circulation veineuse du cuir chevelu est très développée.

Le nez est déprimé à sa base, a l'apparence de la variété dite « en pied de marmite »; coryza. Cicatrices, ragades très accusées, de couleur blanchâtre, sur la lèvre inférieure. Palais ogival. Langue scrotale. Teinte ombrée, violacée, sur tout le pourtour de l'orifice buccal.

Le foie est volumineux, la rate grosse. Testicule sain. Aucune éruption visible. Rien à l'anus.

Aucun symptôme de rachitisme ; ni nouure épiphysaire ni courbure des os.

L'enfant a onze dents (il est âgé de 14 mois) dont la première n'a fait éruption qu'à l'âge de 10 mois. Les incisives sont au nombre de trois seulement et sont trop petites. Les autres dents, à peine sorties de la gencive, sont d'une couleur jaune-brun.

17 *mai* 1906. — Grâce au traitement mercuriel, l'état général s'est amélioré : la tête mesure encore 49 centimètres. On note douze dents et une érosion de l'émail de l'incisive médiane gau-

che, limitée en haut par un contour nettement circulaire mais n'arrivant pas encore au bord libre.

En novembre 1906 (enfant âgé de près de 2 ans). — Nous avons constaté, au domicile du malade, l'état de la dentition relaté plus haut ; et nous avons pu, en interrogeant le père, compléter les antécédents héréditaires que la mère avait donnés confus.

Antécédents héréditaires. — Le père, 35 ans, que sa femme disait bien portant mais atteint de migraines nocturnes tenaces, dit avoir eu la syphilis il y a dix ans et montre même la cicatrice d'un chancre induré à la face dorsale de la verge, dans le sillon balano-préputial. Ne s'est pas soigné. Perte abondante des cheveux.

La mère, bien portante actuellement, a eu, il y a cinq ans, un an après son mariage, des maux de gorge rebelles à tous les gargarismes employés.

A fait quatre grossesses avant l'enfant qu'elle présente: un premier enfant, né à 7 mois, mort trois mois après sa naissance. Le deuxième est mort-né à 7 mois 1/2. Le troisième né vivant presqu'à terme, mais mort à quinze jours de convulsions et de méningite.

Observation XIII

(*Personnelle.* Consultation de M. le Dr Comby.)

Maxime T...., 5 ans. Première dentition complète.

Examen des dents. — Pas de dents d'Hutchinson. Implantation vicieuse remarquable de presque toutes les dents, dirigées dans les sens les plus divers et émergeant des gencives, très tuméfiées, à des niveaux différents. Dents en retrait. Les incisives médianes

supérieures convergent par leur sommet l'une vers l'autre ; entre elles, une portion de gencive triangulaire, de coloration gris-rougeâtre ; elles sont légèrement cannelées sur toute leur face antérieure, parallèlement à leur grand diamètre ; leur bord tranchant est émoussé et incisé de trois dentelures qui donnent aux incisives la forme de « dents en scie ». Les incisives latérales supérieures sont beaucoup plus petites, presque naines, très érodées sur leurs bords latéraux ; la latérale droite en est même réduite à une toute petite pyramide pointue, brunâtre, parcourue transversalement par trois sillons parallèles ; apparence de « dent en cheville ou tournevis ».

Les dents de la mâchoire inférieure sont extrêmement petites, presque « naines », écartées les unes des autres ; leurs bords libres sont coupés chacun de deux sillons verticaux limitant ainsi trois mamelons : de plus, ils sont inclinés obliquement. Comme les médianes supérieures, aspect de « dents en scie ».

La canine inférieure gauche offre un amorphisme très net en molaire.

État général. — Enfant très petit pour son âge. Crâne natiforme. Nez en lorgnette. L'œil gauche porte des opacités cornéennes punctiformes. Physionomie peu éveillée, souffrante. Pas de stigmates rachitiques. Nourri au sein maternel pendant dix mois. A marché tard, à 3 ans 1/2. Première dent à 9 mois 1/2. N'a pas eu de maladies graves ni de convulsions.

Antécédents héréditaires. — Les parents nient la syphilis : cependant la mère accuse quatre fausses couches de deux à trois mois, venues avant la naissance de l'enfant présenté. Pas d'autres enfants.

Observation XIV

(*Personnelle.* Consultation de M. le Dr Comby).

Adeline G..., 2 ans. Première dentition.

État des dents (*octobre* 1906). — Pas de dents d'Hutchinson. Les incisives médianes supérieures présentent un bord libre très aplati et entaillé par de fortes érosions linéraires. Érosion en nappe à fond brunâtre, à bords festonnés, peu étendue et peu profonde, allongée transversalement au tiers supérieur de l'incisive latérale gauche. Les incisives inférieures ont une couronne très amincie dans le voisinage du bord libre et fortement aplatie d'avant en arrière. Sillon transversal très accusé les coupant toutes au même niveau.

La dernière molaire droite fait son apparition : couleur noire, comme les dents contiguës. Microdontisme, écartement des dents.

Antécédents personnels. — Née à terme : ni éruption ni pemphigus à la naissance ; mais très rapidement coryza sanieux avec rejet de nucosités sanguinolentes. Stridor nasal. Puis, peu de jours après, apparition de taches rougeâtres sur les membres et sur le dos : roséole.

Le 21 *février* 1905. — La mère l'apporte, âgée de 2 mois, à la consultation et se montre inquiète de ce coryza qui persiste depuis plus d'un mois, malgré un traitement par liqueur de Van Swieten (IV gouttes par jour) ordonné dès le début par un médecin. Le facies présente la teinte bistrée circumbuccale ; le nez est en lorgnette, le front proéminent. La rate est grosse, déborde les fausses côtes ; le foie est augmenté de volume.

Le 25 *juillet.* — On constate que tout s'est amendé par le trai-

tement : la roséole a disparu, la rate n'est plus perceptible à la palpation. L'enfant est ramenée pour être soignée d'une varicelle étendue et d'un début de muguet buccal, dus à une alimentation mal réglée.

Le 2 janvier 1906. — On note quatre incisives à peine poussées, d'apparence saine : la première a fait éruption il y a seulement un mois ; l'enfant avait 11 mois.

L'enfant est revue chez elle à la fin octobre 1906 ; elle a près de 2 ans. Sa dentition temporaire est presque complète (v. plus haut). Aspect général malingre et chétif : petite taille. Crâne nettement natiforme. Nez en lorgnette. Langue scrotale.

Antécédents héréditaires. — Mère se disant bien portante ainsi que son mari. N'auraient jamais eu aucune éruption. Trois grossesses antérieures terminées à 5 mois, 7 mois et 6 mois 1/2 par trois accouchements prématurés successifs : enfants mort-nés.

Observation XV

(*Personnelle.* Consultation de M. Comby.)

Jules F..,, 11 mois. Première dentition.

État de la dentition (*novembre* 1906). — On n'aperçoit que cinq dents petites, noirâtres, cariées, avant d'être complètement sorties hors de la gencive qui présente une tuméfaction appréciable. Ce sont : trois incisives supérieures (les deux médianes et la latérale droite) et deux incisives inférieures (médiane et latérale droite). La médiane gauche supérieure porte cependant, très nette, malgré l'exiguïté et la couleur sombre de la couronne, une érosion d'Hutchinson profonde en coup d'ongle.

Antécédents personnels.— Né à terme. Accouchement normal.

Lors de sa première venue à la consultation, à l'âge de un mois, le 4 janvier 1906, l'enfant a belle apparence, paraît fort, bien constitué ; il pèse 5 kilogrammes. Coryza strident, non sanieux, simplement muqueux, depuis seulement cinq ou six jours. Quand on regarde attentivement, on remarque une légère ombre grisâtre autour des cavités naturelles : facies bistré des hérédosyphilitiques. Ce qui est le plus caractéristique chez cet enfant, c'est l'éruption vésiculeuse des plantes des pieds : belles lésions de ce pemphigus plantaire débordant sur les côtés du dos du pied ; les bulles renferment du pus. Rien aux fesses. Foie et rate normaux.

A la palpation on sent une induration notable de l'épididyme droit.

Antécédents héréditaires. — Parents se disant bien portants.

La mère a eu déjà huit enfants dont trois vivants actuellement, y compris Jules. Les quatre aînés sont nés avant terme et morts peu après leur naissance. Un cinquième, venu à terme, est mort au bout de douze jours de convulsions. Le septième, âgé aujourd'hui de 5 ans, aurait été soigné par le Dr Variot qui aurait ordonné des frictions « avec une pommade blanche et une pommade grise ».

Observation XVI (*Personnelle*).

Henri F..., 5 ans. Première dentition.

Frère du précédent, examiné au domicile de ses parents.

Dents. — Érosion semi-lunaire, Hutchinson typique, au milieu du bord libre de chaque incisive médiane supérieure. Les autres

dents sont petites, un peu écartées les unes des autres et sont remarquables par leur amorphisme, leurs angles qui semblent taillés à la hache. Les incisives latérales sont usées, très réduites de volume, noirâtres : la droite présente, sur le bord qui regarde la médiane adjacente, une érosion très accentuée qui entoure le corps de la dent et qui, revue trois mois après, a été trouvée très agrandie, véritable excavation « érosion en godet ».

Les dents de la mâchoire inférieure ont leurs bords libres incisés de dentelures peu accusées. Érosion circulaire de la canine gauche dont la pointe ressemble à un chicot conique noir enserré par une profonde échancrure annulaire « dent en vis ».

État général. — Ragades labiales. Langue scrotale, fissurée et mamelonnée. Crâne natiforme. Surdité presque absolue. Début de kératite interstitielle sur l'œil droit ; taies sur l'œil gauche.

Observation XVII

(*Personnelle*. Service de M. le Dr Comby.)

Georgette P..., 4 ans. Salle de Chaumont nº 34. Première dentition.

Examen de la dentition. — Vingt dents. Pas d'érosion d'Hutchinson. Les dents de la mâchoire inférieure et les molaires supérieures sont saines. La canine supérieure droite présente un sillon dirigé obliquement d'arrière en avant, tout près de la cuspide. Les incisives médianes sont plus grandes que les latérales, petites et brunâtres. Microdontisme et écartement réciproque. Sur l'incisive latérale gauche supérieure, au milieu du bord libre mais ne l'atteignant pas, petite érosion grisâtre cupuliforme peu accentuée entourant la couronne.

Antécédents personnels. — Née à terme. Nourrie au sein jusqu'à 1 an, puis au lait stérilisé : bouillies, soupes... A eu du coryza à la naissance. Première dent à 7 mois. A marché à 14 mois. A l'âge de 1 an, forte grippe avec vomissements, température élevée: 40° ; durée: dix jours. Il y a six mois, rougeole très forte. Pas d'autres maladies. Entre à l'hôpital pour vulvo-vaginite avec pertes blanc-jaunâtres. Pas de signes de rachitisme.

Antécédents héréditaires. — Père 42 ans, peintre en bâtiments; buveur ; serait bien portant quoique pas très robuste.

Mère 39 ans, se plaint de maux de gorge fréquents. Céphalalgie. Alopécie depuis trois mois. N'a pas connaissance d'un accident syphilitique primitif. A eu cinq autres enfants : trois nés à terme, présentant tous du coryza à la naissance; deux sont morts de bronchite à 3 et 6 mois, le dernier mort d'athrepsie à 2 mois. Puis deux fausses couches de 5 et 6 mois.

Observation XVIII

(*Personnelle.* Consultation de M. Comby).

Madeleine S..., 28 mois. Première dentition.

Etat de la dentition. — Vingt dents; microdontisme marqué. La mâchoire inférieure est saine. Au maxillaire supérieur, on remarque une canine droite très usée, écuspidée, à sommet en plateau grisâtre, « dent en clou ». L'incisive latérale gauche est usée, cariée : sur son bord libre, qui est oblique vers la gencive, une échancrure sulciforme. L'incisive médiane gauche présente l'érosion semi-lunaire de Hutchinson; elle est implantée en avant de la latérale ; en plus, près de son point d'émergence, on voit une érosion « en facettes » de la couronne

érosion un peu transversale qui s'observe au même niveau sur l'incisive médiane droite. L'incisive latérale droite et la canine du même côté sont saines.

Antécédents personnels. — Née à terme. Aurait eu longtemps des « croûtes » dans les cheveux. Pas d'éruption, pas de stigmates de syphilis ni de rachitisme. Aucune maladie d'enfance. A marché à 14 mois. Première dent à 9 mois, indemne.

Antécédents héréditaires. — La mère en est à sa sixième grossesse : lors de la première, terminée par un accouchement prématuré à sept mois (enfant mort), perte de cheveux subite et abondante, céphalalgie à exacerbations vespérales et nocturnes. Deux autres enfants : l'un, bien portant, selon la mère, fait l'objet de l'observation suivante ; l'autre, né à terme, est mort à 7 mois d'entérite (?). Enfin, avant Madeleine, fausse couche de 5 mois attribuée à des fatigues.

Le père, interrogé à part, avoue une syphilis ancienne mal soignée contractée au régiment : il a eu un chancre induré sur le fourreau de la verge, puis des plaques muqueuses à la gorge ; actuellement il présente une gomme syphilitique très dure dans le paquet musculaire de la région postérieure de l'avant-bras droit.

Observation XIX (*Personnelle*).

Émile S..., 5 ans 1/2 (frère de la précédente). Première dentition.

Dents. — Elles sont pour la plupart cariées et implantées très irrégulièrement, surtout les incisives inférieures ; celles-ci convergent les unes vers les autres de façon à faire toucher leurs

extrémités sur une certaine étendue, et sont parcourues à un même niveau par deux sillons parallèles, mais inégalement profonds; par suite, la couronne a des portions d'épaisseur différente et les dents affectent la forme de « dents en escalier ou en gradins ».

Sur le bord libre de l'incisive médiane supérieure gauche, échancrure semi-lunaire profonde d'Hutchinson. Les canines supérieures manquent: « barre ».

État général. — Enfant de petite taille pour son âge : crâne disproportionné au reste du corps, allongé en arrière; bosses frontales proéminentes. Nez aplati à sa base. Induration lisse du testicule et de l'épididyme droits augmentés de volume. La bouche exhale une odeur infecte: la langue est scrotale.

Observation XX

(*Personnelle.* Consultation de M. Comby.)

Jean B..., 3 ans, Première dentition.

Dent d'Hutchinson très nette; incisive médiane supérieure droite. Les autres dents sont petites, cariées, noirâtres. Gencives tuméfiées, fongueuses.

Antécédents héréditaires. — La mère dit que son mari est très bien portant. Enfant sain, ne présentant aucun stigmate, né il y a six ans. Pendant qu'elle le nourrissait, la mère a allaité un autre nourrisson syphilitique; elle a eu un chancre au mamelon droit; à la suite, malgré traitement, roséole, maux de gorge, alopécie. Fausse couche de 5 mois un an avant la naissance de l'enfant actuel.

Observation XXI

(*Personnelle.* Service de M. le Dr Comby).

Solange D..., 5 ans. Première dentition. Salle de Chaumont, lit nº 38.

Dentition.—Très mauvaise, surtout à la mâchoire supérieure, Haleine fétide. Microdontisme, caries dentaires, atrophies sulciformes. Pas de dent d'Hutchinson. Rien à signaler au maxillaire inférieur.

A la mâchoire supérieure, la canine droite est complètement usée et cariée. L'incisive latérale droite est en retrait et plus petite que la médiane contiguë : sur le bord libre, légère érosion sulciforme grisâtre. L'incisive médiane droite est un peu cariée, mais de volume normal. L'incisive médiane du côté gauche, plus petite, est usée obliquement de droite à gauche ; le bord libre porte bien une érosion rappelant le coup d'ongle d'Hutchinson mais à son extrémité gauche et non à sa partie médiane. L'incisive latérale gauche, plus petite encore, est érodée obliquement en sens inverse ; elle porte aussi une petite échancrure à l'angle droit de sa couronne, sur le bord libre. La canine gauche est presque normale.

Antécédents. — Entre à l'hôpital pour une toux coqueluchoïde. Enfant très maigre, très pâle, abattue; muqueuses très décolorées. Signes évidents de rachitisme; chapelet costal, saillies des épiphyses, parenthèses tibiales, polyadénopathies cervicales et inguinales ; scoliose dorsale à concavité droite. Naevus en forme de delta (Δ) un peu au-dessus de l'arcade sourcilière gauche. Crâne natiforme, nez affaissé en pied de marmite, ragades labiales, langue fissurée.

Le père a eu la syphilis il y a six ans ; s'est soigné pendant deux ans. Marié malgré sa maladie en pleine évolution. La mère a fait deux fausses couches de 4 et 6 mois après la naissance de Solange.

Observation XXII

(*Personnelle.* Consultation de M. le Dr Comby.)

Marie L., 15 mois. Première dentition.

Dentition. — Six dents seulement : deux incisives inférieures et les quatre supérieures. La première dent n'est apparue qu'à l'âge de 1 an. Les dents sont excessivement réduites de dimensions, presque naines, de couleur jaune-brun, très écartées les unes des autres. Érosion semi-lunaire sur l'incisive médiane droite supérieure ; bord libre profondément échancré à sa partie moyenne.

Antécédents. — Née avant terme à huit mois et demi ; soignée comme débile, dans une couveuse, à la Maternité. Avait du coryza et des « bulles d'eau », dit la mère, à la paume des mains et la plante des pieds. Traitée par liqueur de Van Swieten et frictions mercurielles. Actuellement, présente à la région occipitale un craniotabes assez étendu. Facies bistré. Langue fendillée et mamelonnée.

Pendant le cours de sa grossesse, vers le quatrième mois, la mère a contracté la syphilis et a eu un chancre de la grande lèvre gauche, puis roséole et plaques muqueuses à l'anus. Est en traitement à l'hôpital Broca. N'a pas eu d'autre enfant.

Observation XXIII

(*Personnelle.* Consultation de M. le Dr Comby).

Raymond H..., 6 ans. Première dentition.

Frère de Paul H..., 11 ans (observation VIII).

Machoire supérieure. — En son milieu, correspondant à la ligne de suture des deux moitiés du maxillaire, bourrelet gingival en forme de crête ; il se prolonge et fait saillie entre les deux incisives médianes qu'il sépare l'une de l'autre. Sur ces incisives médianes on ne remarque pas d'échancrure d'Hutchinson : la droite présente une érosion coronaire assez étendue mais qui n'arrive pas au bord libre, les incisives latérales sont très petites, usées : amorphisme en canine ; bords latéraux convergents vers la gencive.

Les incisives inférieures sont crénelées sur leur bord libre ; l'extrémité supérieure de leur couronne est parcourue d'un seul sillon transversal assez prononcé, jaune sale, et aplatie fortement dans le sens antéro-postérieur. Les canines manquent. Les molaires sont cariées.

Antécédents personnels. — Nourri au sein jusqu'à 1 an ; a marché à 15 mois. L'éruption des dents s'est faite très tardivement. Facies hérédosyphilitique très net.

Antécédents héréditaires (résumés : voir détails à l'observation VIII). — La mère a fait neuf grossesses : trois enfants bien portants actuellement, qui ont 12 ans 1/2, 11 ans (voir observation VIII) et 7 ans 1/2. Raymond est le cinquième enfant ; avant lui, fausse couche de 3 mois 1/2 ; la mère commence à perdre ses cheveux et à avoir des céphalées nocturnes très dou-

loureuses. Après lui, trois fausses couches de 4 ou 5 mois ; un enfant né à terme, mais mort de méningite à 10 mois.

La mère a une mâchoire supérieure en très mauvais état : dents mal implantées, cariées ou cassées ; elle en a perdu plusieurs (chute spontanée) dès sa seconde grossesse. Le père serait bien portant.

Observation XXIV

(*Personnelle.* Consultation de M Comby.)

Berthe A..., 3 ans 1/2. Première dentition.

État des dents — A part les deux incisives latérales inférieures et la médiane droite supérieure qui porte l'érosion en coup d'ongle, il est impossible de décrire en détail les autres dents qui sont très petites, très usées et totalement cariées.

État général. — L'enfant est de petite taille mais non rachitique. Crâne natiforme. Nez affaissé en lorgnette, voûte palatine très ogivale ; pourtant la langue n'a pas l'aspect scrotal. Cicatrices nacrées aux commissures labiales et aux plis mentonniers. Kératite interstitielle à l'œil gauche.

A marché très tard. Coryza à répétition pendant les premiers mois.

Antécédents héréditaires. — Ils confirment le diagnostic de syphilis héréditaire. La mère, 33 ans, a été soignée pendant deux ans à Saint-Louis, il y a déjà treize ans, avant de se marier, pour une syphilis contractée à l'âge de 22 ans : chancre initial à la partie interne de la lèvre inférieure.

A été neuf fois enceinte ; la dernière, de l'enfant qu'elle conduit à la consultation pour rhinopharyngite. Premier enfant :

fausse couche de 5 mois, survenue un an et demi après le chancre labial. Deuxième enfant : né à terme, mort à 8 mois de méningite : aurait été couvert de pustules. Troisième et quatrième enfants : accouchements prématurés de 8 mois : enfants mort-nés. Sixième enfant : venu à terme, bien portant actuellement ; a 6 ans. La mère s'était soignée pendant toute sa grossesse (sirop de Gibert). Septième enfant : venu à terme, mort à 2 mois, d'entérite. Huitième enfant, né à terme, mort à un mois et demi, de convulsions.

Observation XXV

(*Personnelle.* Consultation de M. le Dr Comby).

Léon T..., 10 ans. Seconde dentition. Rachitique type. *Observation citée dans l'étude de diagnostic.*

Observation XXVI

(*Personnelle.* Service de M. le Dr Comby. Pavillon de la rougeole.)

Maurice L..., 8 ans. Seconde dentition. A eu maladies graves. Voy. *détails à l'étude de diagnostic.*

Observation XXVII

(*Personnelle.* Service de M. le Dr Comby.)

Louise H..., 8 ans. Seconde dentition. Salle de Chaumont, lit nº 29. Choréique. V. *l'observation dans l'étude de diagnostic.*

CONCLUSIONS

I. — L'observation clinique montre chez les enfants hérédosyphilitiques des malformations et des dystrophies dentaires consistant : les premières, — qui sont de beaucoup les plus caractéristiques, — en érosions, sillons, microdontisme et amorphisme ; les secondes : en retard et lenteur d'évolution, implantation et direction vicieuses, usure et carie prématurées.

II. — Ces altérations ont pour caractères essentiels de frapper d'une manière similaire les dents homologues, et d'affecter une prédilection marquée pour certaines d'entre elles: témoin, l'érosion semi-lunaire dite d'Hutchinson qui siège spécialement sur les incisives médianes supérieures.

III. — La première dentition présente, comme particularités les plus habituelles, des dents cariées, réduites à l'état de chicots, dès leur éruption. Cependant l'incisive d'Hutchinson, qui est plus fréquente dans la seconde dentition, peut être observée chez un grand nombre d'enfants dont les dents temporaires ne sont pas encore

remplacées : nous l'avons trouvée 11 fois sur 17 cas.

IV. — Ces lésions résultent de l'influence dystrophique spéciale de la syphilis héréditaire sur l'évolution intra-utérine des bourgeons dentaires. Elles sont accompagnées des autres éléments de la triade d'Hutchinson : (Kératite interstitielle, surdité) et d'une série de stigmates généraux concomitants.

V. — On peut remarquer des altérations dentaires chez des enfants atteints de rachitisme, de névroses, ou ayant subi des maladies graves : mais ces altérations ont des caractères différents de celles des dents hérédospécifiques. On ne rencontre dans ces cas ni la dent d'Hutchinson type ni les lésions systématisées.

VI. — Les malformations signalées sur la dentition des enfants syphilitiques héréditaires n'ont pourtant pas une valeur diagnostique absolue ; seule, l'érosion semi-lunaire des incisives médianes supérieures est presque pathognomonique, même dans la première dentition.

VII. — La clinique infantile prouve que toutes les variétés de ces malformations dentaires ont une importance diagnostique très grande, en éveillant dans l'esprit de l'observateur le soupçon de l'hérédosyphilis : elles lui donnent l'idée d'en rechercher les autres stigmates, qui, sans elles, auraient pu être méconnus. Elles aident ainsi au traitement, à l'amélioration ou la guérison d'affections sans rapport en apparence avec les lésions dentaires (éruption cutanées, coryza, toux, bronchite, troubles digestifs) ; affections pour lesquelles seules on vient consulter, et dont le diagnostic serait resté douteux si la dentition n'avait pas été examinée.

BIBLIOGRAPHIE

Albrecht. — Communication à la Société médicale de Berlin. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.* Communications diverses sur les dystrophies dentaires hérédosyphilitiques. Années 1898-1905.

Augagneur. — Étude sur la syphilis héréditaire tardive. Thèse de Lyon, 1879.

Gilbert Ballet. — La dentition au point de vue de la séméiologie des affections mentales. *Traité de Pathologie mentale,* 1904, page 94-97.

Balzer. — Altérations du système dentaire dans la syphilis héréditaire tardive. In *Traité de médecine.* Brouardel et Gilbert, t. II, pages 538-539.

Barduzzi. — La sifilide ereditaria tardiva. Milan, 1896.

Barthélémy. — Analyse de la thèse inaugurale du Dr E. Fournier. In *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie,* 1898.

— Présentation d'un moulage de dents hérédosyphilitiques, discussion et description détaillée. In *Annales de Dermat. et de Syphil.,* 1898, p. 453-456.

— *Comptes rendus du* XIIe *Congrès international de médecine,* Moscou, 1897. Section VIII, p. 391.

— *Comptes rendus du* XIIIe *Congrès international de méde-*

cine, Paris, 1900. Section de dermatologie et de syphiligraphie, page 358.

René Blache. — De la malformation des dents comme symptôme de la syphilis chez les enfants. Extrait de l'*Union médicale*, 21 janvier 1879.

Ed. Blanc. — Etude critique et clinique sur les altérations dentaires attribuées à l'hérédo-syphilis. Mémoire lu à la Société des Sciences médicales de Lyon. Association typographique, 1886.

Broca. — *Bulletin de la Société d'Anthropologie*, 1876.

— *Revue d'Anthropologie*, 1877.

Aug. Broca. — Cliniques de chirurgie infantile, 2e série, 1905, 3e leçon (p. 47-51) avec une planche, 1re et 2e leçons (*passim*).

A. Brunet. — Du système maxillo-dentaire dans l'hérédosyphilis. Thèse de Paris, 1901-1902, n° 118.

Buxon. — Expériences et démonstrations faites à la Salpêtrière, 1746.

— Essai sur les maladies des dents. Paris, 1743. Chapitre III, p. 54-73.

Capitan. — Érosion dentaire chez le chien. *Bulletin. Soc. d'anthrop.*, 1883.

Castanié. — De l'érosion ou des altérations des dents permanentes à la suite des maladies de l'enfance. Thèse de Paris, 1873.

Chirivino. — Observation d'hérédosyphilis. In *Giornale internazionale della science médicale*, Napoli, 1904.

Comby. — *Traité des maladies de l'enfance*, 5e édition, 1906, p. 158-474.

— Société de Pédiatrie, séance du 19 décembre 1905, observation d'hérédosyphilitique.

Danlos. — Hérédo-syphilis sans lésion dentaire in *Annales de Dermat et de syphil.*, 1902.

Darier. — Stigmates dentaires de la syphilis héréditaire (Communication à la *Société d'ophtalmologie*, Congrès 1903) in *Presse médicale*, 9 mai 1903, n° 37, p. 363; in *Bulletin médical*, 1903, p. 460.

J. Davasse. — Observation d'un cas de syphilis héréditaire. In *La syphilis*, 1865, p. 336.

Théophile David. — Anomalies de l'appareil dentaire chez l'homme, extrait de l'*Odontologie*, février 1885.

Demarquay. — *Bulletin Société de chirurgie*, 1871.

Descamps. — De l'atrophie dentaire produite par la syphilis héréditaire chez l'enfant. Thèse Paris, 1882, n° 302.

Desmartin. — Évolution infantile des dents hérédosyphilitiques. Thèse Paris, 1889, n° 265 (faits cliniques, observations et dessins.)

D'Espine et Picot. — *Traité élémentaire des maladies de l'enfance*, p. 395.

Fauchard. — Le chirurgien dentiste, 2 vol., Paris, 1728, 3e édition, t. I, chapitre 6, pages 99-135.

Finger. — Syphilis et maladies vénériennes. Paris, 1900.

Fortin. — Valeur diagnostique des malformations dentaires de la syphilis héréditaire. Thèse, Paris, 1896.

Professeur Fournier. — L'hérédité syphilitique, 1891, p. 15-23.

— Affections parasyphilitiques, 1894, p. 273-289.

— Syphilis héréditaire tardive, p. 70-146, surtout 110-111 (discussion sur les rapports du rachitisme avec l'hérédosyphilis).

— De l'influence dystrophique de la syphilis héréditaire in *Médecine Moderne*, 1890. (Recherches d'A. Robin sur l'analyse chimique d'os provenant d'enfants hérédosyphilitiques, p. 20. Rapports du rachitisme avec la syphilis héréditaire, p. 50.)

— Syphilis héréditaire tardive. Dents syphilitiques in *Annales de Dermatol. et de Syphil.* 1883.

Fournier. — Dictionnaire en 60 volumes, article : « Dent », Paris, 1815.

Edmond Fournier. — Des stigmates dystrophiques de la syphilis héréditaire. Thèse Paris, 1897-98, n° 391.

— Contribution à l'étude des dystrophies de l'hérédosyphilis de seconde génération, Paris, 1900. (*Comptes rendus du XIIIe Congrès international*, Paris, 1900.)

Edmond Fournier. — Dystrophies dentaires dans un cas d'hérédo syphilis (communication faite au nom de M. Hallopeau), in *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1900.

— Hérédosyphilis de seconde génération. Paris, 1905, (planche de dents hérédosyphilitiques).

— Recherche et diagnostic de la syphilis héréditaire tardive. Masson, 1907, (p. 86-146 : Stigmates dentaires, photographies nombreuses et remarquables de netteté).

Frey. — Monographie de la dent de six ans. Thèse de Paris, 1896, n° 537.

Galippe. — *Comptes rendus de la Société de Stomatologie.* Paris, 1890.

— Pathogénie des malformations dentaires: leur transmissibilité héréditaire, in *Presse médicale,* 14 mars 1899.

Gastou et Chompret. — Dystrophies dentaires hérédosyphilitiques, in *Annales de Dermat. et de Syphil.*, VII.

Gastou. — La syphilis héréditaire et l'hérédité syphilitique. (*Compte rendu du XV^e^ Congrès international de médecine.* Lisbonne, 1906).

— Conclusions du Rapport, in *Gazette des hôpitaux*, 22 mai 1906.

— Rapport *in extenso*. Pages 167.169. Imprimerie typographique, décembre 1906.

Gastou. — Article « Syphilis » dans *Traité des Maladies de l'enfance*, 2°, édition, t. I, Masson.

Gaucher et Baronneix. — Une famille d'hérédosyphilitiques. Observation clinique in *Annales de Dermat. et Syphilig.*, 1902.

Gaucher et Crouzon. — Des troubles de la nutrition dans la syphilis, in *Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, n° 1. 1902, Masson.

Gaucher, Lacapère et H. Bernard. — Syphilis héréditaire tardive avec dystrophies dentaires. Syphilis cérébrale. Guérison, in *Annales de Dermatol. et Syphil.*, 1901. (observation clinique suivie d'un examen dentaire très complet dû au D^r^ Gires, dentiste).

Hallopeau et Edm. Fournier. — Contribution à l'étude des atrophies cuspidiennes systématisées de la seconde dentition (conclusions de recherches cliniques nombreuses faites dans un grand nombre d'hôpitaux d'enfants) in *Annales de Dermatol. et Syphil.*, 1902.

Hallopeau et Teissière. — Sur un cas de syphilis héréditaire (observation) in *Annales de Dermat. et Syphil.*, 1905.

Hermanidès. — Affections parasyphilitiques. Paris, 1904.

Hochsinger. — Stüdien über die hereditære syphilis. 2 vol.

Hutchinson. — *Transact of the patholog. Soc. of London*, années 1856 (tome IX, p. 449, X, p. 187-294) et 1863.

— *The medical Times*, tome I, p. 697, 1859.

— Clinical lectures aud reports, by the med. and surg. staff. of the London hospital. Volume II, p. 172, 1865.

— A clinical mémoire on certain diseases of the eye and ear conséquent on inherited syphilis, 1868.

— Art. « *Constitut* » in A system of med., ed. by Reynolds, 2e édition, vol. I, London 1870.

— Syphilis héréditaire. Traduction P. Hermett, chez Lecrosnier et Delahaye, Paris, 1884.

Hutchinson. — Syphilis. London 1887 (*traduit dans le texte*), page 85-86. Diagnosis in late périods. The teeth, page 328. Planche VI. Teeth of inherited syphilis, p. 420-423. Commentary CCVII : On the importance of care in estimating the malformation of the teeth, p. 434-438. Commentary CCXII : On the details of diagnosis of inherited syphilis by the teeth.

(N. B. — Il n'existe pas de traduction française de cet ouvrage ; nous en avons traduit et étudié les extraits précités dans l'édition anglaise qui se trouve au musée de l'hôpital Saint-Louis).

Lancereaux. — Traité de la Syphilis, 2e édition, page 442.

Leloir et Perrin. — Note à propos de quelques cas de syphilis héréditaire tardive in *Annales de Dermat. et Syphil.* 1883, p. 442.

Lemonnier. — Observation clinique de syphilis héréditaire citée dans le rapport du professeur Fournier. Académie de médecine, 14 août 1900.

Leplat. — Accidents de la syphilis héréditaire. Syphilis dentaire. Thèse Paris, 1890, n° 122.

Lesné, Lœderich et Viollet. — Un cas de syphilis héréditaire tardive : Anomalies exceptionnelles d'implantation des dents (malade du service du Dr Chauffard à l'hôpital Cochin), in *Annales de Dermatol. et Syphil.*, 1904.

Magitot. — Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales. Dechambre. Article « Dents », 1e série, tome XXVII, p. 116.

— Traité de la carie dentaire, 1872.

— Affection infantile à invasion brusque. *Bulletin Soc. Chirurgie*, 1875.

— Traité des anomalies du système dentaire chez l'homme et les mammifères, 1277, p. 269-276.

— Études cliniques sur l'érosion des dents considérée comme signe rétrospectif de l'éclampsie infantile (syphilis dentaire de MM. Hutchinson et Parrot), in *Gazette des hôpitaux*, 1881. Résumé d'une communication faite au Congrès des Sciences médicales de Londres, section des maladies des enfants, 5 août 1881.

— *Bulletin et mémoires de la Société de Chirurgie*, août 1882, 21 février, 11, 21 et 25 avril 1883.

— Syphilis héréditaire et rachitisme. *Gazette hebdomadaire*, 20 avril 1883.

— Signes tirés des lésions trophiques des dents. *Société de Chirurgie*, 26 avril 1883.

Mahon. — Le dentiste observateur. Paris an VI, p. 7-10.

Maire. — Contribution à l'étude de l'érosion dentaire. Thèse Paris, 1898.

Mauriac. — Syphilis tertiaire et hérédosyphilis, 1890, p. 1105-1108 : Lésions des dents dans la syphilis héréditaire.

Milian. — Un cas de syphilis héréditaire tardive : lésions dentaires, in *Annales de Dermat. et Syphil.*, 1898, pages 450-456.

— Diagnostic de la syphilis héréditaire tardive, in *Presse médicale*, 2 mars 1898, n° 19.

Moon. — The Monthly review of dental surgery. Traduit dans le *Progrès dentaire*, 1877.

Neumann. — Société de méd. int. de Berlin. *Semaine médicale*, 1897.

Nicati. — *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1878, p. 9.

Oro. — Di un rara distrofia alveolo dentaria da sifilide ereditaria (in *Giornale internazionale delle scienze mediche*, 1902), traduit dans les *Annales de Dermat. et Syphil.*, 1903.

Oudet. — Dictionnaire en 30 volumes. Article « Dent ». Paris, 1835.

Panas-Dolbeau. — *Bulletin Société de chirurgie*, 1871.

Ambroise Paré. — Œuvres, 1575.

Parrot. — Cliniques de l'hospice des Enfants Assistés.

— Communication faite à l'Association pour l'avancement des Sciences, Reims, 1880.

— Congrès de Londres, 1881, in *Gazette des hôpitaux*, 1881, pages 585, 618, 634, 649.

— Syphilis héréditaire et rachitisme (communication à la Société de chirurgie, 21 janvier 1883), in *Progrès médical.*

— De la syphilis dentaire héréditaire chez les enfants, in *Gazette des hôpitaux*, 1881.

Parrot. — Atrophie syphilitique des dents in *Journal de méd. et de chir. pratiques* et *Union Médicale*, 1881.

— La syphilis héréditaire et le rachitisme (publié par Troisier), Masson, 1886, 18e leçon. Altération des dents, p. 141-161 avec planche XXI et XXII expliquées p. 319 Mémoire « Une maladie préhistorique, p. 266-274.

Pietkiewicz. — *Comptes rendus de la Société de stomatologie*, Paris, 1891.

De Poincy. — Syphilis infantile héréditaire et acquise. Thèse Paris, 1887.

Presse médicale. — Communications à diverses sociétés, 14 mars 1899. Pathogénie des malformations dentaires : leur transmissibilité héréditaire.

1896, p. CCXCI. Stigmates de syphilis héréditaire : altérations dentaires remarquables.

Quinet. — A propos des dents syphilitiques, in *Bulletin de l'Académie royale de méd. de Belgique*, 1879.

G. Rattier. — Contribution à l'étude de l'érosion dentaire. Thèse Paris, 1879.

Jean Redier. — Contribution à l'étude des anomalies dentaires : anomalies de nutrition. J.-B. Baillière, Paris, 1883.

F. Regnault. — Des malformations dentaires chez le singe. *Société de biologie*, 1893.

Rivington. — *The medical Times*, 1872, tome II, p. 433.

Robin. — Des malformations dentaires chez les idiots, hystériques et épileptiques. Thèse Paris, 1900, n° 681.

Sanchez (Antoine-Nunes-Ribeïro). — *Observations sur les maladies vénériennes*, publiées par M. Andry, Paris, MDCCLXXXV, p. 12-23-161.

Mlle A. Sollier. — De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés. Thèse Paris, 1887.

P. Sollier. — Troubles trophiques des dents d'origine hystérique (Congrès de médecine de Nancy, 1896).

Thibierge. — Syphilis héréditaire tardive in *Traité de médecine* Charcot-Bouchard, t. III, 2e édition, 1899. Pages 430-431.

Tomes. — *Traité de chirurgie dentaire*, traduit par Darin, 1875.

Vu : le Président de la thèse,
ROGER

Vu : le Doyen
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie,
LIARD

Imp. des Facultés, A. MICHALON, 26, Rue Monsieur-le-Prince, Paris.